

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

J.-Edouard FOURNIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris
Médecin-résident de la Station sanitaire Trespoey à Pau

L'Assistance aux anciens militaires
tuberculeux

Ce qu'elle est, ce qu'elle devra être

~~~~~  
Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI<sup>e</sup>)

—  
1917



12

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**J.-Edouard FOURNIER**

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris  
Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris  
Médecin-résident de la Station sanitaire Trespoey à Pau

**L'Assistance aux anciens militaires**  
**tuberculeux**

*Ce qu'elle est, ce qu'elle devra être*



~~~~~  
Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

—
1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
Clinique médicale	ROGER
Maladies des enfants	DEBOVE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LANDOUZY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GILBERT
Clinique des maladies du système nerveux	CHAUFFARD
Clinique chirurgicale	HUTINEL
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique des maladies des voies urinaires	GAUCHER
Clinique d'accouchements	DEJERINE
Clinique gynécologique	DELBET
Clinique chirurgicale infantile	QUENU
Clinique thérapeutique	N.
Hygiène et clinique de la première enfance	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN
	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES CHERS PARENTS BIEN-AIMÉS

A LA MÉMOIRE DE MON BIEN-AIMÉ FRÈRE

Mort pour la France.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	9
INTRODUCTION. — Guerre et tuberculose. — Origines de l'effort antituberculeux actuel.....	15
I. — Développement de la bacillose dans l'armée pendant la guerre. — Causes de cette exten- sion de la maladie.....	15
II. — Danger créé par le tuberculeux réformé ren- trant chez lui. — Le péril pour la race.....	20
CHAPITRE PREMIER. — Fonctionnement actuel de l'assis- tance aux militaires tuberculeux.....	24
I. — Historique de l'organisation présente....	24
II. — Les établissements sanitaires hospitaliers et les comités d'assistance.....	28
A. — Hôpitaux sanitaires.....	28
B. — Stations sanitaires.....	31
C. — Comités départementaux.....	33
CHAPITRE II. — Ensemble des compléments utiles à l'organisation actuelle.....	38
I. — Réglementation de la réforme du tuberculeux.	38
II. — Transformation du service militaire d'après- guerre.....	43
III. — Nécessité de centres hospitaliers nombreux pour tuberculeux réformés.....	46
IV. — Mesures à prendre pour parer aux difficul- tés non résolues par l'organisation actuelle....	49
A. — Exposé de ces difficultés.....	49
B. — Solutions à proposer.....	53

CHAPITRE III. — Données pour l'établissement des hôpitaux et colonies sanitaires de l'avenir....	56
I. — Idées directrices de l'organisation.....	56
II. — Projet d'organisation financière.....	65
III. — L'hôpital sanitaire futur.....	69
A. — Conditions d'ensemble.....	69
B. — Architecture.....	72
C. — Annexes hospitalières.....	78
D. — Fonctionnement.....	80
IV. — La Colonie sanitaire.....	82
A. — Dispositions générales.....	82
B. — Pavillons de malades.....	83
C. — Annexes de travail.....	85
D. — Fonctionnement.....	89
V. — Le Dispensaire antituberculeux.....	90
A. — Disposition et installation.....	91
B. — Fonctionnement.....	93
CHAPITRE IV. — Conclusions.....	98

AVANT-PROPOS

Remplissant les fonctions d'assistant à la station sanitaire de Pau, depuis l'ouverture de cette formation, c'est-à-dire depuis plus de quinze mois, nous avons eu l'honneur de participer à l'œuvre si attachante de l'assistance aux militaires tuberculeux. Dès la première série de malades, qu'il nous a été donné de soigner, nous avons pu constater avec quelle rapidité s'améliore sous l'influence de la cure d'air et de repos la bacillose des soldats, observée parfois sur des organismes qui étaient intacts avant la guerre. Nous avons remarqué également que la tuberculose de guerre est rendue plus curable par ce fait que la fièvre manque souvent même chez des malades à lésions avancées et qu'ainsi les militaires tuberculeux échappent pendant longtemps à l'action nocive des phénomènes accompagnant une température élevée (suractivité cardiaque, exagération des combustions, etc.). Il nous est arrivé aussi d'observer des améliorations presque inespérées chez des fébricitants graves ayant consenti à se soumettre à l'alitement continu avec aération permanente.

Dans ces conditions, peu de mois après l'ouver-

ture de la station sanitaire Trespoey, l'efficacité du traitement des soldats bacillaires par le sanatorium nous paraissait indéniable, et le contraste avec la tuberculose telle qu'elle s'observe dans les hôpitaux de Paris nous semblait frappant.

La lecture des circulaires ministérielles, le contrôle des dossiers de réforme instruits pour les hommes qui nous étaient confiés, nous firent concevoir l'immensité de l'effort accompli dans la lutte antituberculeuse et la précision judicieuse de l'organisation commencée. C'est ainsi que nous fûmes amené à étudier de plus près dans quelles conditions et sous l'influence de quelles nécessités avait été entreprise l'œuvre d'assistance aux mutilés du poumon. La gravité du danger menaçant la Nation nous apparut. Peu à peu, au fur et à mesure que les malades ayant passé par nos mains devinrent plus nombreux, nous comprîmes quels obstacles il avait fallu vaincre et combien de questions de détail restaient encore à l'étude. La difficulté d'obtenir des hommes hospitalisés le respect de l'hygiène, l'obligation de faire place à d'autres et de renvoyer dans leurs foyers, même après éducation sanitaire, des hommes contagieux, le nombre croissant des demandes d'hospitalisation dans les formations antituberculeuses, nous indiquèrent à tout instant qu'il fallait renforcer encore les éléments de la lutte contre le fléau en multipliant les hôpitaux spéciaux, de façon à sauvegarder méthodiquement toutes les parties de notre territoire.

C'est pourquoi il nous parut intéressant d'indiquer dans une vue d'ensemble où en est actuellement l'œuvre d'assistance aux tuberculeux de la guerre, et quels perfectionnements nouveaux l'avenir pourra lui apporter.

*
* *

Avant d'entrer en matière nous devons ici profiter de cette occasion solennelle pour exprimer respectueusement notre profonde reconnaissance aux Maîtres qui, pendant de longues années, nous ont prodigué leurs conseils et leur précieux enseignement.

A la mémoire de ceux qui ne sont plus, nous rendons avec émotion un pieux hommage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY, dans ses magistrales leçons, nous fit entrevoir de bonne heure la portée sociale de la lutte antituberculeuse ;

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLEMIN, notre premier maître, daigna avec beaucoup de bonté nous apprendre les éléments de la clinique chirurgicale et de la petite chirurgie.

A deux de nos maîtres qui dirigèrent avec patience nos débuts dans la clinique médicale nous adressons l'expression de notre très respectueuse gratitude :

MONSIEUR LE DOCTEUR L. HUDELO qui nous a initié

aux investigations de la pratique médicale courante, qui nous a soigné avec tant de cœur et de clairvoyance et dont l'affectueuse sollicitude nous restera inoubliable ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL LABBÉ, dont les savantes leçons nous révélèrent l'importance du laboratoire associé à la clinique.

Nous sommes fier d'avoir été pendant notre externat l'élève de cliniciens éminents que nous prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET dont l'enseignement si lumineux et si précis nous fit voir toute l'importance d'un examen méthodique en clinique chirurgicale ;

MONSIEUR LE DOCTEUR H. BARTH dont la haute expérience et le souci constant du devoir professionnel resteront gravés dans notre mémoire et qui nous a montré tout ce qu'on peut tirer d'une auscultation soigneuse et précise ;

MESSIEURS LES DOCTEURS J. BABINSKI ET J. DARIER qui, dans un domaine différent, nous ont révélé l'importance pratique d'une observation rigoureuse et nous ont fait comprendre ce que peuvent donner les méthodes scientifiques appliquées à la médecine ;

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMOULIN dont nous avons admiré les claires leçons de clinique chirurgicale.

Que nos maîtres de l'hôpital Saint-Joseph nous permettent de les remercier très respectueusement pour le bénéfice que nous avons tiré grâce à eux de notre internat pendant la guerre :

MESSIEURS LES DOCTEURS LE BEC ET MAYET ont bien voulu faire de nous leur collaborateur direct. Sous leur direction nous avons eu pendant de longs mois le grand honneur de soigner des soldats blessés et nous avons pu observer tous les faits nouveaux et et intéressants révélés par la chirurgie de guerre.

A MESSIEURS LES DOCTEURS MÉRIGOT DE TREIGNY ET MESLAY nous présentons l'expression de notre gratitude pour l'intérêt amical qu'ils nous ont témoigné.

A tous nos autres maîtres des hôpitaux de Paris nous adressons un souvenir reconnaissant : MESSIEURS LES DOCTEURS DEMELIN, RAVAUD, HALLOPEAU, CAUCHOIX, MOCQUOT, CL. VINCENT, HALBRON, VITRY ET CIVATTE.

Enfin nous sommes heureux de présenter l'expression de notre vive gratitude aux maîtres qui nous ont accueilli à Pau :

MONSIEUR LE DOCTEUR MONESTIER, directeur de l'asile Saint-Luc et de la station sanitaire Trespoey,

qui nous a réservé tant d'amitié bienveillante et dont les soins affectueux nous ont profondément touché ;

MONSIEUR LE DOCTEUR FERRÉ, directeur de la Maternité départementale, qui nous a donné souvent les marques d'un intérêt affectueux et a consenti à faire avec sa haute expérience notre éducation obstétricale.

Nous avons également à cœur de remercier respectueusement MONSIEUR A. COGGIA, préfet des Basses-Pyrénées, qui s'occupe avec tant de cœur de l'Œuvre des soldats tuberculeux. Nous sommes très fier de la bienveillante sollicitude et de la confiance qu'il a bien voulu nous témoigner.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE a bien voulu accepter la présidence de cette thèse ; qu'il nous permette de lui exprimer notre profonde reconnaissance pour l'immense honneur qu'il nous fait, étant un des organisateurs les plus fervents de la lutte antituberculeuse en France.

L'Assistance aux anciens militaires tuberculeux

Ce qu'elle est, ce qu'elle devra être

INTRODUCTION

Guerre et tuberculose. — Origine de l'effort antituberculeux actuel

I. — DÉVELOPPEMENT DE LA BACILLOSE DANS L'ARMÉE PENDANT LA GUERRE. — CAUSES DE CETTE EXTENSION DE LA MALADIE.

Envisagée au point de vue social, la question de la tuberculose constituait, même avant la guerre, un problème angoissant. Quelques mois après le début des hostilités, on commençait à s'apercevoir que la maladie faisait des ravages parmi les hommes mobilisés et l'impérieuse nécessité apparaissait d'entreprendre contre elle une lutte méthodique. Exclure de l'armée les soldats atteints par le terrible mal ne pouvait suffire, la contagion s'exerçant au foyer même du malade rentré chez lui et arrivant ainsi à menacer le pays tout entier.

Un an après le début du conflit, il semblait que lau

mortalité tuberculeuse augmentait dans la population civile, au moins au centre des grandes agglomérations. A la vérité, les statistiques données par Renon (21) et concernant les habitants de Paris au milieu de l'année 1915, n'indiquent pas en elles-mêmes une aggravation de la situation par rapport aux années précédentes. Mais si l'on réfléchit au nombre d'hommes absents parce que mobilisés, on peut admettre que l'égalité apparente correspondait plutôt à une augmentation des décès. Par conséquent, en 1915, la situation était sérieuse même à l'arrière.

Parmi les mobilisés, les cas de tuberculose ne pouvaient que se multiplier, plusieurs millions d'hommes se trouvant rassemblés par la guerre, la moitié au front et le reste dans les dépôts de l'intérieur. Au début de 1915, le professeur Landouzy (18) prévoyait pour cette année et la suivante le retour au pays de 20.000 tuberculeux réformés, soit, en supposant la répartition égale, de 200 porteurs de germes pour chacun de nos 87 départements. Ces chiffres ne tenaient compte ni du surpeuplement des casernes ni de la contamination dans la tranchée, mais seulement de la proportion des réformes en temps de paix, à savoir chaque année : 1.800 réformes temporaires, 5.000 réformes définitives, et pour un espace de huit ans (1894-1902) 36.000 décès ou radiations des cadres. Il est à noter que ces chiffres correspondaient à des contingents annuels de 500.000 hommes seulement.

On sait que l'état de guerre n'a fait qu'aggraver cette situation lamentable. A la fin de 1915, *la Gazette de Biarritz* annonçait le chiffre de 60.000 réformes pour bacillose prononcées depuis le début des hostilités. Si on considère ce chiffre correspondant à quinze mois de guerre et si, en outre, on tient compte du contingent qui a forcément échappé au contrôle, on voit combien grave était la situation quand l'effort antituberculeux officiel a commencé.

Dans ces conditions, avant d'examiner la lutte entreprise et ses résultats, il est intéressant d'indiquer rapidement les causes de cette extension de la tuberculose dans l'armée depuis l'ouverture du conflit européen.

* * *

Dans les tuberculoses de guerre, le professeur Landouzy (23) distinguait deux groupes : les *tuberculoses d'éclosion* et les *tuberculoses d'inoculation*, les premières, représentant les formes nées ou réveillées sous l'influence de fatigues répétées, les secondes, plus rarement observées, correspondant aux lésions causées par la contagion interhumaine.

Parmi les bacilloles d'éclosion, il y en a donc qui sont consécutives à une prédisposition antérieure. Ce fait est indiqué par des chiffres donnés par le professeur Lemoine : 24,5 0/0 des hommes arrivent au régiment avec des antécédents personnels héréditaires et, parmi les soldats de ce groupe, la tuberculose se

développe 62 fois sur cent. Mais d'autres formes d'éclosion peuvent s'observer sans prédispositions sous l'influence des causes que nous allons indiquer. Ce sont bien là les *tuberculoses de guerre*, attaquant des organismes primitivement résistants ; il est à noter qu'elles s'amendent vite sous l'influence du repos au sanatorium.

Parmi les causes d'éclosion, il faut incriminer surtout le manque d'entraînement antérieur des recrues et les dépenses musculaires imposées aux bleus. Pour la classe 15 en particulier, l'entraînement fut intensif de façon à rendre les hommes rapidement mobilisables. Il faut aussi faire la part de l'état insuffisant des casernes, au moins au début de la guerre, et du recrutement portant souvent sur des éléments médiocres.

Quant à la bacillose d'inoculation, cent fois moins commune que la précédente d'après Landouzy, son origine est facile à comprendre. Elle s'explique par la promiscuité coude à coude dans les tranchées et par l'entassement des hommes dans les dépôts. Mais ici il y a lieu de noter l'effort qui a été fait pour éviter le surpeuplement des casernes au moment de l'incorporation des classes 17 et 18. Nul ne conteste aujourd'hui l'immense danger créé par les tousseurs qui essaient autour d'eux le bacille de Koch. Pour s'exercer sur quiconque, la contagion tuberculeuse ne demande que du temps ; ce n'est de la part du contagé qu'affaire de doses, d'offres répétées et de virulence. C'est là ce qu'indique la phrase célèbre de

J.-A. Villemin citée par Landouzy : « Le soldat phthisique est à son voisin de chambrée ce que le cheval morveux est à son compagnon d'écurie ».

Après une étude sur le rôle de la cohabitation dans la transmission de la tuberculose, le professeur Letulle (14) conclut que « la contagion tuberculeuse interhumaine a lieu exclusivement ou presque exclusivement par les crachats desséchés ou pulvérisés ». La cohabitation est donc une condition favorisant toute spéciale de la contagion.

C'est ce qui explique que l'apparition de la tuberculose s'observe plus fréquemment dans les dépôts qu'au front : la promiscuité et le manque d'air s'associent (21).

Mais il faut souligner que l'état de moindre résistance organique est une cause essentielle de tuberculisation soit par éclosion, soit par inoculation. L'incorporation d'éléments médiocres ne peut donc qu'être funeste à l'armée. L'insuffisance de sélection des contingents, la récupération à outrance, les attermolements mis par le commandement à envoyer en congé les convalescents et les fatigués, toutes causes sur lesquelles ont insisté à juste titre Landouzy (23) et Renon (21), ont eu des résultats déplorable qui se conçoivent aisément, car un tuberculeux au début finit tôt ou tard par devenir contagieux s'il n'est pas soigné, et arrive à être, non seulement une non-valeur civile ou militaire, mais une source de contagion à l'armée comme chez lui.

Pour ces raisons, il est clair que les exigences de la

Défense nationale, loin de motiver l'incorporation en masse, imposaient au contraire d'observer rigoureusement *l'instruction sur l'aptitude physique au service militaire* dont l'article 6 en particulier dit : « les tuberculoses viscérales, si légers qu'en soient les indices, motivent toujours l'exemption ou la réforme ».

II. — DANGER CRÉÉ PAR LE TUBERCULEUX RÉFORMÉ RENTRANT CHEZ LUI. — LE PÉRIL POUR LA RACE.

Nous n'insisterons pas sur le danger créé par le renvoi dans ses foyers d'un tuberculeux non éduqué, c'est-à-dire non renseigné sur le mal dont il est atteint. Les exemples de familles décimées cités par le professeur Landouzy (18) sont d'une navrante éloquence. « Un fils aîné réformé pour tuberculose contamine ses trois frères en cinq ans. Un jeune soldat réformé pour pleurésie meurt après avoir donné son mal à sa mère et à ses frères jusque-là bien portants et qui succombent également, etc... » Le même auteur écrivait en même temps en 1915 : « La pandémie tuberculeuse tue bon an mal an 100.000 français, dont à Paris 12.000 adultes et 2.000 enfants des deux premiers âges ».

* * *

En présence de telles constatations on ne peut nier le grave péril qui nous menace et on frémit en pensant à tous les prisonniers civils et militaires, qui,

après la guerre, vont rentrer chez eux atteints de bacilloles pulmonaires avancées et contagieuses. L'alcoolisme est déjà une cause de déchéance contre laquelle s'impose une lutte sans merci, commencée d'ailleurs par la récente loi sur l'ivresse publique. Il importe de ne pas oublier ces paroles d'Etienne Lamy (16) : « Au moment où a éclaté la guerre... nous étions la patrie de l'absinthe et l'on en buvait dans la France seule plus que dans le reste du monde. Ce n'est pas l'avarie, c'est l'alcoolisme qu'on aurait put surnommer le mal français... En 1830, chaque Français consommait en moyenne 2 litres d'eau-de-vie... à la veille de la guerre, 12 litres ».

La parvinatalité a des conséquences d'un autre ordre mais aussi funestes. Le même auteur nous établit, en effet, cette comparaison saisissante : « La force ascensionnelle d'une race est l'excédent des naissances sur les décès. Cet excédent annuel atteint pour la Russie 2 millions, pour l'Allemagne 1 million, pour l'Autriche 600.000, pour l'Italie 500.000, pour l'Angleterre 400.000 ; il s'accroît régulièrement. Pour la France, l'excédent qui était de près de 200.000 sous la Restauration et de plus de 100.000 encore pendant les dix années de 1876, s'est abaissé à 38.000 en moyenne pour les dix années suivantes de 1896 à 1905, puis à 26.000 de 1910 à 1913. C'est assez pour montrer combien vite s'augmente l'écart entre nous et les peuples déjà si forts... A la veille de la guerre dans le premier semestre de 1914 les décès ont surpassé de 30.000 les naissances... donc,

à cette allure décroissante la France du ^{xxi}^e siècle ne comptera plus 39 millions qui est le chiffre de sa population actuelle mais 19 millions 800.000, mettons 20 millions ».

Poursuivant son étude sur le péril de la race Etienne Lamy ajoute : « Presque partout la tuberculose a diminué. Dans un pays elle résiste et il reste le premier par le nombre de ses phtisiques : c'est la France ; 150.000 y meurent chaque année ».

De tous ces faits, découle indiscutablement la nécessité de poursuivre par tous les moyens la lutte contre la tuberculose.

Une autre considération, celle-ci d'ordre humanitaire, a motivé les efforts accomplis, doit stimuler les courages et soutenir les bonnes volontés : la reconnaissance envers le soldat tuberculeux qui a contracté son mal au service de la Patrie. C'est avec juste raison que le professeur Landouzy a pu dire que les tuberculoses d'éclosion proviennent *des fatigues du service* et que les tuberculoses d'inoculation résultent *des dangers du service*.

*
* *

Avant d'entrer plus directement dans notre sujet nous avons tenu à exposer toutes les causes de la tuberculose de guerre, causes qui sont autant de raisons imposant au gouvernement français de poursuivre une lutte à outrance contre la terrible maladie qui menace notre pays tout entier. L'œuvre est commencée et elle a donné des résultats presque ines-

pérés malgré les nombreux obstacles qu'elle rencontre.

C'est pourquoi nous allons essayer, au cours de ce travail, de donner une idée de l'immense progrès accompli, de signaler les difficultés qui subsistent encore et d'indiquer dans une vue d'ensemble les moyens qui paraissent de nature à y remédier.

CHAPITRE PREMIER

Fonctionnement actuel de l'assistance aux militaires tuberculeux

I. — HISTORIQUE DE L'ORGANISATION PRÉSENTE

Avant d'entreprendre une description succincte des formations dans lesquelles les soldats, réformés ou non, trouvent dès maintenant assistance, il est intéressant d'indiquer rapidement les échelons successifs qui ont été franchis par les pouvoirs publics jusqu'à l'élaboration définitive de l'organisation antituberculeuse actuelle. Cet exposé qui a été très nettement fait par Küss dans *le Bulletin médical* (22) montrera avec quelle célérité les choses ont été menées en raison du péril croissant causé par l'extension de la tuberculose pulmonaire aux armées.

*
* *
*

Depuis treize ans, la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, présidée par M. Léon Bourgeois, étudiait sans relâche les moyens de remédier au danger. Mais, avant la guerre, ses travaux n'avaient pas reçu une consécration officielle,

le Parlement n'ayant pas encore voté des mesures générales. Les quelques sanatoriums officiels, comme le sanatorium de Bligny, fonctionnaient parfaitement bien, mais leur nombre était trop restreint pour la quantité des malades à soigner. Aussi beaucoup de ceux-ci finissaient-ils par venir mourir dans les hôpitaux généraux.

Dès la première année de guerre, les choses ont changé. Le 5 mars 1915, le professeur Landouzy lisait à la Commission permanente de préservation contre la tuberculose un rapport sur la réforme du soldat bacillaire, dans lequel il indiquait d'abord le nombre considérable de réformes prononcées pour tuberculose depuis le début des hostilités, et où il insistait ensuite sur la dette contractée par le pays envers les blessés de la poitrine. Il concluait avec juste raison à la nécessité d'assimiler les mutilés du poumon aux blessés de guerre.

* * *

Le 2 avril 1915 fut adopté le projet Honnorat demandant à la Chambre des mesures assurant l'hospitalisation et l'éducation sanitaire des soldats tuberculeux.

Presque en même temps, le premier pas vers la reconnaissance officielle vis-à-vis de ces militaires fut fait par M. Millerand alors ministre de la Guerre, d'accord avec le médecin-inspecteur Toussaint. Il proposa à son collègue de l'Intérieur une convention

par laquelle un bacillaire reconnu impropre à tout service serait mis en instance de réforme et confié pour trois mois à la Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques du Ministère de l'Intérieur, moyennant trois francs par jour.

Peu après, M. Brisac, Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, désireux d'activer la réalisation pratique de cette convention en trouvant rapidement les locaux nécessaires, eut l'ingénieuse idée de faire rechercher par les Préfets tous les édifices capables de devenir des maisons de cure. C'est grâce au succès de cette méthode qu'un certain nombre de stations sanitaires purent s'ouvrir presque en même temps sur différents points du territoire.

* * *

Après six mois d'interruption, l'œuvre se poursuivait plus efficacement encore. Le 18 octobre 1915 fut votée la loi d'assistance aux militaires tuberculeux, loi qui, conformément à la proposition Millerand, donnait au gouvernement le moyen d'assister pendant toute la durée de la guerre les mutilés du poumon.

Cette date mérite de rester mémorable car, de ce jour, la tuberculose a été reconnue officiellement comme maladie sociale et inscrite au budget. Un crédit provisoire de 2 millions fut voté pour 1915, qui atteignit ultérieurement 3 millions et demi en se confondant avec le budget de 1916. Dès le début de cette année 1916, les premières « stations sanitaires »

furent fondées. Au nombre de 12 environ, elles représentaient plusieurs centaines de lits immédiatement disponibles.

Vers la même époque, commençaient à fonctionner les « *hôpitaux sanitaires* » du Ministère de la Guerre. La circulaire envoyée à la fin de janvier par le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, M. Justin Godart, précisait le recrutement de ces formations et leurs relations avec les sanatoriums de l'Intérieur. L'hôpital sanitaire devait garder définitivement les malades condamnés et soigner les formes curables jusqu'à amélioration les rendant justiciables d'une cure de station sanitaire.

* * *

Mais l'assistance aux militaires tuberculeux ne pouvait avoir des résultats sérieux que si les formations créées spécialement étaient complétées par des organismes particuliers chargés d'aider de toutes les manières les hommes rentrés dans leurs foyers ainsi que leurs familles. C'est pourquoi la Chambre adopta le 15 avril 1916, la proposition de loi due à l'initiative de M. Léon Bourgeois et comportant l'institution de dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.

La portée immense de cette loi empêchait sa réalisation immédiate surtout en temps de guerre. L'ouverture de dispensaires nombreux demandait beaucoup de temps et d'études et semblait difficile

pendant les hostilités. Cette fois encore, une très heureuse initiative de M. Brisac permit de tirer parti sans tarder du vote du Parlement et aboutit à la constitution de « *comités départementaux* » nombreux, organismes transitoires de remplacement chargés de commencer immédiatement l'œuvre qui devait se poursuivre plus tard et de façon plus précise par les dispensaires. Ces comités furent mis en rapport avec un comité central siégeant à Paris et chargé de leur donner, avec l'impulsion directrice, les moyens de se procurer les ressources nécessaires.

Avec Léon Bernard on peut constater aujourd'hui que l'œuvre progresse de jour en jour et avec ensemble. De nouveaux dispensaires se fondent constamment et souvent sur la propre initiative des comités départementaux (30).

II. — LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES HOSPITALIERS ET LES COMITÉS D'ASSISTANCE

A. — *Hôpitaux-sanitaires*

Les hôpitaux sanitaires dont nous avons défini le rôle dans le précédent paragraphe ont été institués par M. Justin Godard, sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, pour compléter l'œuvre antituberculeuse entreprise par l'Intérieur. Dans la circulaire du 31 janvier 1916 (24) adressée à tous les directeurs du Service de santé des Régions, M. Godard s'exprime comme suit : « Désireux de prendre une part active « à l'œuvre antituberculeuse instituée par la loi du

« 18 octobre 1915 en faveur des militaires en instance de réforme ou de pension, j'ai décidé d'annexer dans chaque région du territoire un ou deux hôpitaux spécialement destinés à recevoir les militaires tuberculeux et à leur assurer le traitement nécessaire jusqu'à ce qu'ils soient en état d'être dirigés sur les stations sanitaires, écoles d'éducation antituberculeuse. » On conçoit dès lors pourquoi les hôpitaux sont appelés *régionaux*. Il n'en existe que deux en moyenne par région. Ils sont presque toujours entièrement militaires, mais peuvent être rattachés à la Croix-Rouge, comme c'est le cas pour celui de Larresore (Basses-Pyrénées).

Ces hôpitaux reçoivent des soldats atteints de bacillose avérée, qui viennent d'hôpitaux généraux où ils ont été vus par le médecin chef de secteur, dont l'avis est indispensable pour permettre l'évacuation d'un tuberculeux sur un hôpital sanitaire. Les hommes simplement suspects sont gardés dans les formations ordinaires et mis en observation. A leur arrivée à l'hôpital sanitaire, les malades sont examinés avec soin ; s'ils sont apyrétiques et nettement curables, ils peuvent être évacués immédiatement sur une station sanitaire. Si au contraire leur état est sérieux, ils sont gardés (ce qui paraît être le cas le plus habituel) jusqu'à ce qu'ils soient suffisamment améliorés pour bénéficier d'une cure sanatoriale.

Pendant leur séjour, ces militaires commencent à s'instruire par ce qu'ils voient et on entreprend leur éducation antituberculeuse par des conférences.

* * *

Au terme de la circulaire précitée les hôpitaux sanitaires « doivent être situés en dehors des villes « ou aux confins de celles-ci, entourés d'espaces « libres se prêtant au besoin à leur extension par « l'établissement de baraques fixes ou démontables « d'un type suffisamment confortable ; ils ne devront « jamais être installés dans des locaux consacrés normalement à l'enseignement. Enfin, ces établissements devront pouvoir après la guerre conserver leur affectation spéciale pendant tout le temps qui sera jugé nécessaire ». M. Godart précise en outre que ces formations « devront comporter 250 à 400 lits, au total pour chaque région ».

L'organisation des hôpitaux sanitaires doit se rapprocher le plus possible de celle d'un sanatorium. Il y aura séparation complète entre les tuberculoses fermées et les tuberculoses ouvertes ; un quartier spécial sera réservé à ces dernières. Il importe que l'emploi du temps soit réglé minutieusement ; plusieurs heures seront réservées à la cure de repos ; les repas seront pris régulièrement et exactement. La prophylaxie sera rigoureuse (désinfection du linge et de la vaisselle). La direction doit être assurée par un médecin spécialiste dont le rôle est important pour commencer l'éducation sanitaire des hommes qui lui sont confiés. C'est lui qui instruira leur dossier de réforme et le transmettra à la station sani-

taire quand ils seront en état d'y venir pour compléter leur apprentissage antibacillaire.

B. — *Stations sanitaires.*

Les stations sanitaires ont pour rôle essentiel de poursuivre l'éducation prophylactique des tuberculeux afin que, rentrés chez eux, ceux-ci ne contaminent pas leur entourage. D'ailleurs, pour les réformés, tout est à faire dans cette voie car ils arrivent directement de chez eux dans un état d'ignorance complète, ce qui n'est pas le cas pour les militaires venant de l'hôpital régional.

En août 1916, le nombre des stations sanitaires ouvertes par le ministre de l'Intérieur était de 21 ; le chiffre global des lits atteignait 1.220. Depuis cette époque, d'autres stations sont fondées et en particulier celle de Montfaucon-du-Lot ouverte depuis peu de temps.

Nous n'insisterons pas sur le recrutement de ces formations : les militaires viennent de l'hôpital sanitaire, les réformés arrivent de chez eux ou d'un hôpital civil après avoir fait au préfet de leur département une demande transmise ensuite au Ministère. Nous rappelons seulement que le prix de journée incombe à la Guerre pour les militaires, à l'Intérieur pour les réformés, ceci en vertu de la convention Millerand dont nous avons parlé.

Tous les malades, quelle que soit leur situation militaire, font dans l'établissement un séjour de trois

mois. Au bout de ce temps, ceux dont l'état est nettement amélioré ou ceux qui sont originaires des pays envahis et par conséquent sans foyer, peuvent être prorogés par décision ministérielle. Il importe d'insister sur ce fait que, seuls les malades curables peuvent avoir accès dans les stations sanitaires. La circulaire du Service de santé (24) dit en effet : « Ne « seront pas justiciables des dits établissements, les « malades dont l'état aigu ou subaigu et grave réclame « encore des soins immédiats et continus à donner « dans les hôpitaux sanitaires régionaux ». Mais la curabilité apparaît nécessaire pour les militaires comme pour les réformés ; or pour ceux-ci, qui sont rentrés dans leurs foyers, le contrôle est plus délicat. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.

L'établissement d'une station sanitaire s'opère dans les mêmes conditions de situation et de climat que celui d'un hôpital sanitaire. On les installe soit dans des constructions annexées à un sanatorium préexistant, soit dans des immeubles achetés ou loués spécialement à cet effet et qui, répétons-le, ne doivent en aucun cas faire partie de locaux consacrés normalement à l'enseignement. Ces formations sont réparties dans toute la France, quelques-unes seulement dans le Sud. Il semble, en effet, que la situation en pleine campagne au voisinage des forêts et loin des agglomérations est très suffisante et que l'on ne doit pas s'exagérer l'importance des conditions climatiques du Midi si utiles qu'elles soient.

Le fonctionnement d'une station sanitaire doit, avec toute la précision possible et malgré les difficultés d'installation, se rapprocher de celui d'un sanatorium. Nous ne répéterons pas ce que nous avons dit à ce sujet en parlant de l'hôpital régional. Rappelons seulement que l'éducation antituberculeuse et antialcoolique doit être poursuivie sans relâche. Toutes les fautes des malades seront réprimées sévèrement. Pour cela la présence d'un médecin à demeure dans l'établissement est indispensable.

Enfin les hommes en traitement, étant ou devant être apyrétiques, pourront dans l'intervalle des cures de repos exécuter des travaux faciles dans l'intérêt commun.

C. — *Comités départementaux*

Nous avons vu que ces comités ont pour but d'assurer aux réformés sortant des stations sanitaires l'aide matérielle et morale qui leur permettra de se guérir et d'entretenir dans leur mémoire les préceptes de prophylaxie antibacillaire indispensables pour la sauvegarde de leur famille. C'est le 21 mars 1916 que le ministre de l'Intérieur envoya aux Préfets une circulaire qui les invitait à créer ces comités. Actuellement, dans chaque département, il existe un comité d'assistance relié au comité central de Paris.

La méthode assignée par les ordres ministériels

consiste en une assistance hygiénique, c'est-à-dire, comme l'a écrit Léon Bernard (30) « une assistance « qui se traduit moins par des dons d'argent que par « l'apport de tous les secours qui peuvent être utiles « aux foyers envahis par la tuberculose : secours ali- « mentaires, médicaux, hygiéniques ; secours maté- « riels en nature et secours moraux et éducatifs ». L'assistance peut aussi se manifester autrement, en aidant par exemple le malade à changer de métier.

Pour distribuer ces secours il est évident que les comités ne peuvent se passer d'agents de liaison représentés par des *délégués* ou des *visiteurs*. L'organisation dans ce sens a revêtu différents types. D'une façon générale, il existe un *représentant cantonal* « qui renseigne le comité sur la situation des malades de sa circonscription et qui choisit dans celle-ci un ou plusieurs moniteurs d'hygiène. En examinant l'organisation plus en détail, on constate que certains comités ont constitué des *sous-comités* par arrondissement. C'est le cas pour le Lot-et-Garonne et les Alpes-Maritimes. Dans d'autres départements toute l'action rayonne du siège de l'unique comité installé au chef-lieu.

Pour ce qui est des agents techniques chargés de réaliser l'assistance hygiénique, on peut remarquer que quelques comités ont recruté des délégués chargés eux-mêmes de visiter les malades ; c'est ce qui existe dans les Deux-Sèvres, la Haute-Saône, le Loiret, le Morbihan, les Alpes-Maritimes, le Lot-et-Garonne.

Dans d'autres départements, on a considéré que les visites de malades devaient être confiées à un personnel plus compétent, c'est-à-dire à des infirmières spécialisées. Il en est ainsi dans les Vosges, les Bouches-du-Rhône, l'Eure, la Haute-Savoie, les Pyrénées-Orientales.

Dans quelques départements enfin, on a associé les deux méthodes ; c'est le cas du Doubs et des Basses-Pyrénées, qui ont des délégués dans les cantons et des infirmières-visiteuses. Dans les Basses-Pyrénées, un médecin est désigné de même dans chaque canton pour surveiller les malades.

*
* *
*

Les ressources dont disposent les comités départementaux consistent d'abord en subventions des Conseils généraux, de l'Etat, des municipalités et en souscriptions privées. Celles ci ont pu rassembler des sommes considérables qui prouvent que l'opinion publique si rebelle avant la guerre a fini par se laisser émouvoir. Enfin, le comité central siégeant à Paris et présidé par M. Léon Bourgeois vient en aide aux comités de province par les divers moyens dont il dispose. C'est ce qu'indique un rapport de M. le professeur Letulle, vice-président (29) : « Les « aidant de ses conseils, allouant à certains d'entre « eux des subventions dont le total atteint environ « 40.000 francs, le comité central a pu offrir gratuitement aux comités départementaux (46 environ) qui

« lui en ont fait la demande, plus de 4.000 seringues
« de Pravaz et objets de vestiaire (chemises, caleçons,
« chaussettes, chandails, couvertures, draps, lai-
« nages, etc). Le comité central a aussi servi d'inter-
« médiaire aux comités départementaux pour leur
« faciliter les achats d'objets nécessaires au traite-
« ment des malades et à la préservation de leur
« famille. Quarante-cinq comités départementaux se
« sont adressés à lui pour se procurer 1.480 cra-
« choirs de table, 1.787 crachoirs de poche, 1.295 sacs
« à linge. »

C'est aussi grâce au comité central que les comités départementaux ont pu venir en aide aux tuberculeux originaires des pays envahis ou renvoyés d'Allemagne, tous si dignes de pitié. Enfin, grâce à M. Léon Bourgeois, le comité central a fait appel avec succès au concours des grandes associations telles que l'Union des industries métallurgiques et minières auprès desquelles, suivant l'expression du professeur Letulle, « il a trouvé l'accueil le plus empressé et « l'aide la plus généreuse ».

Après l'exposé de ces magnifiques résultats, nous concluons avec Léon Bernard (30) que « dans l'en-
« semble l'institution des comités départementaux a
« donné l'essor à un mouvement d'opinion... Les
« comités ont fait de la propagande antitubercu-
« leuse dans la presse locale de chaque département
« et ont ainsi répandu une semence féconde dans
« tout le pays ».

Par la lecture de ce qui précède, on peut juger de

l'ampleur et de la précision atteintes par l'œuvre d'assistance aux militaires tuberculeux. En présence de l'immense progrès accompli, les modifications complémentaires que nous allons maintenant proposer ne seront presque que des perfectionnements.

CHAPITRE II

Ensemble des compléments utiles à l'organisation actuelle

Parmi les mesures que nous croyons de nature à rendre plus efficace la lutte antituberculeuse les unes auraient pour but de réduire la propagation de la phtisie dans l'armée et s'appliqueraient directement au recrutement, les autres auraient pour effet de remédier plus efficacement encore à l'état de choses existant et concerneraient spécialement l'hospitalisation des malades.

Nous avons donc d'abord à étudier la question de la réforme du tuberculeux ainsi que celle du service militaire d'après guerre et nous devons ensuite envisager les modifications qui semblent devoir augmenter la portée déjà si grande des institutions hospitalières actuelles s'adressant aux blessés de la poitrine.

I. — RÉGLEMENTATION DE LA RÉFORME DU TUBERCULEUX

Dès 1915 le professeur Landouzy (18) avait signalé parmi les causes du grand nombre d'éclosions de

bacillose dans l'armée, l'insuffisance de sélection du contingent aboutissant à un recrutement qui portait sur des éléments médiocres. En 1916 il insistait de nouveau (23) sur cette notion essentielle : « Nous apprendrons, disait-il, ce que le rappel d'anciens réformés aura valu d'inaptes au service armé et d'éclopés au service auxiliaire. Nous saurons de combien de réveils ou d'aggravations d'anciennes bacilloses apparemment guéries, les réincorporations hâtivement faites auront été l'occasion... Mortalité mise à part nous connaissons la proportion de morbidités secondes et d'invalidités définitives de tuberculeux de nouvelle éclosion comparée au chiffre des tuberculoses d'inoculation ». Ailleurs (18) il ajoute : « Les nécessités de la guerre au front comme à l'intérieur ont accumulé des hommes solides indemnes de toute tare à côté de soldats antérieurement ajournés pour affections tuberculeuses ».

Il est donc certain qu'au début de la guerre les conseils de révision ont versé dans le service armé des hommes indésirables et cela non seulement en 1914 au moment de la visite des réformés ou exemptés d'avant guerre, mais même à l'occasion de l'examen des jeunes classes. Nous avons vu pour notre part plusieurs exemples de jeunes gens pris bons et proposés ensuite pour la réforme après quinze jours de dépôt ou même dès l'arrivée au corps. On s'en est d'ailleurs aperçu en haut lieu puisque des dispositions spéciales ont été prises lors de la révision des classes 17 et 18.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les déplorables conséquences de l'incorporation d'un tuberculeux même peu atteint. Sous l'influence des fatigues du service il évolue et devient contagieux. Dès lors il contamine des camarades sains pendant tout le temps qu'il reste militaire et, une fois rentré chez lui, outre qu'il est devenu une non-valeur au point de vue social, il infecte son entourage. A notre avis une sélection rigoureuse s'impose fondée sur une élimination immédiate d'un tuberculeux même à lésions fermées. N'oublions pas les préceptes du professeur Grancher cités par Ilamant et Colbert (17) : « La guérison d'une tuberculose unilatérale peu avancée mais à tubercules conglomérés exige deux ou trois ans de traitement... » et ensuite : « attendre la présence de bacilles tuberculeux dans les crachats c'est-à-dire la présence de cavernules pulmonaires, c'est faire œuvre mauvaise... car c'est rendre incurable ou très difficile à guérir une tuberculose curable si elle avait été antérieurement reconnue ». Avec l'appui de ce témoignage, nous ne craignons pas de dire qu'un bacillaire fût-il légèrement atteint ne fera jamais un soldat et que, même une amélioration constatée ne permet pas d'espérer quelque chose de lui au point de vue militaire. La réforme temporaire appuyée sur une guérison complète illusoire n'est donc pas assez radicale ; elle empêche d'ailleurs le malade de réorganiser sa vie car, admettant d'être repris un jour il n'ose prendre, des dispositions. Quant à l'ajournement il n'est pas

suffisant non plus, même s'il est motivé par un soupçon de bacillose : l'exemption seule est efficace.

Le passage suivant cité par Hamant (13) et contenu dans une circulaire sur l'aptitude physique au service militaire est à retenir : « il importe d'éviter avec « le plus grand soin de prendre des malingres, des « débiles, des sujets chétifs dont l'état général laisse « à désirer et peut faire craindre des manifestations « tuberculeuses dans un délai plus ou moins rappro- « ché. » Ceci a trait à l'exemption. Pour ce qui est de la réforme nous constatons heureusement que, malgré les exigences de la Défense nationale après trois ans d'une lutte sans merci, les instructions suivantes sont données dans un rapport du Service de santé en date du 11 mai 1917 (26) : « l'article 145 de l'instruction sur l'aptitude physique du 20 décembre 1916 stipule expressément que la tuberculose nettement confirmée quel qu'en soit le degré nécessite l'exemption ou la réforme définitive. Il y a donc lieu de proposer cette dernière solution et non la réforme temporaire toutes les fois que la tuberculose est nettement confirmée par les examens cliniques répétés, par la radiographie et *a fortiori* lorsqu'il s'agit de lésions ouvertes... »

Pour les raisons qui précèdent, nous croyons donc utile de proposer les règles suivantes concernant les décisions à prendre vis-à-vis des hommes bacillaires même au tout premier degré :

1° Ne jamais incorporer un ancien pleurétique si bon que paraisse son état général ;

2° Passer aux rayons X tous les hommes malingres, les exempter ou les réformer immédiatement si leurs poumons présentent une opacité même peu marquée. Dans ce cas ne pas craindre de donner le pas à l'examen radioscopique sur l'auscultation ;

3° Ne jamais donner une simple convalescence fût-elle de longue durée à un militaire qui a présenté à un moment donné une bacilliose confirmée ; ne pas tenir compte de l'amélioration constatée, si importante qu'elle soit, et le réformer de suite ;

4° Prendre connaissance et tenir compte au conseil de révision des certificats des médecins de famille indiquant les antécédents héréditaires des recrues ;

5° Ne pas renvoyer chez lui un tuberculeux contagieux sans lui avoir fait faire obligatoirement son éducation antibacillaire dans une formation spéciale. S'il est incurable, le mettre hors d'état de nuire en le gardant dans un hôpital sanitaire.

Appliquées avec rigueur ces mesures auraient les avantages suivants :

1° Décharger les hôpitaux militaires et y laisser plus de place pour les maladies générales ;

2° Eviter dans ces hôpitaux la dangereuse promiscuité entre les bacillaires et les malades atteints d'affections aiguës ;

3° Pouvoir rendre utilisables civilement avec une capacité de travail réduite des hommes dont la vie militaire aurait fait des contagieux incapables de se rendre utiles et semant la mort autour d'eux.

II. — TRANSFORMATION DU SERVICE MILITAIRE D'APRÈS GUERRE

M. le professeur Moussous de Bordeaux (4) estime que « c'est dans le service militaire que nous trouvons les moyens les plus sûrs de relever la santé publique et d'augmenter la puissance économique du pays. La victoire prochaine va nous débarrasser de l'angoissante étreinte qui depuis plus de quarante ans étouffait notre essor, mais elle ne nous permettra malheureusement pas de renoncer à l'entretien d'une armée et d'une armée qu'il faudra puiser saine. S'il est nécessaire de former des soldats, la vie du soldat en temps de paix me semble devoir être modifiée. Il peut retirer du temps passé sous les drapeaux des avantages dont il faut à tout prix le faire bénéficier et auxquels on n'a pas jusqu'ici suffisamment songé... Quelques années de vie au grand air, d'une vie bien réglée au point de vue de l'hygiène, c'est plus qu'il ne faut pour transformer du tout au tout la santé d'un jeune homme de dix-huit ans ». Venant comme corollaire de ce que nous avons dit dans notre précédent paragraphe, cette notion est des plus intéressantes. Si l'armée ne comprend plus que des hommes robustes et sains, pour peu qu'on sache rendre hygiénique la vie militaire, les recrues pourront faire leur devoir de Français en se développant physiquement et devenir des hommes solidement

armés en vue de la lutte pour la vie, c'est-à-dire des énergies sociales.

Nous croyons donc devoir indiquer comme un complément très intéressant de la lutte antibacillaire et un dérivatif à la pandémie tuberculeuse qui règne en France, les principes sur lesquels doit être établi d'après le professeur Moussous le service militaire d'après guerre.

La vie militaire pour être saine, doit être avant tout une vie au grand air bien comprise. Un jeune homme de vingt ans est encore en croissance et son organisme est capable de se développer notablement. A ce point de vue l'incorporation à dix-neuf ans rendue nécessaire par la guerre pourra être maintenue sans inconvénient à condition que l'état hygiénique des casernes soit suffisant. En effet les jeunes gens ont autant besoin d'être suroxygénés que suralimentés. La tuberculose des ateliers apparaît chez des adolescents nourris suffisamment mais n'ayant pas les moyens de respirer ; toutefois cette vie au grand air ne doit pas s'accompagner de surmenage physique ; il est donc indispensable que le travail musculaire soit l'objet d'un entraînement progressif.

Pour arriver à ces résultats le professeur Moussous propose en premier lieu des réformes portant sur l'habitat. Tout d'abord les casernes ne devront en aucun cas se trouver dans des centres populeux :
« Le seul fait de transporter loin des villes l'habitat
« du soldat supprime presque tous les inconvénients

« dont on fait grief à la vie militaire. Où cette installation devra-t-elle se faire? Seulement et uniquement à mon sens dans certaines régions : celles dont le climat a été reconnu de tout temps comme étant le plus favorable. Il n'y aura pas de difficultés à trouver dans les domaines de l'Etat, en forêt, en montagne et sur le bord de la mer de vastes étendues où pourront s'étaler bien à l'aise les nouveaux campements militaires. » Allant au-devant d'une objection que ces considérations appellent, le professeur déclare : « Avec les modes de transport rapides dont on dispose aujourd'hui, aucune des raisons qui avaient pu motiver cette installation des casernes dans les centres populeux ne peut plus se justifier. Il ne faut plus que le soldat qui n'a rien d'utile à faire en ville continue à y vivre. » Les vieilles casernes désaffectées pourront servir de bâtiments d'exploitation pour les industries.

Après ces réformes qui semblent de nature à éviter bien des éclosions de bacillose, l'auteur en envisage d'autres aussi intéressantes portant sur l'utilisation du temps et ayant pour but d'éviter le désœuvrement des soldats qui les conduit si souvent à l'alcoolisme et à la débauche. Pour leur épargner les heures d'ennui causées par la vie de garnison il faut s'adresser aux exercices sportifs qui sont une source de distraction et paraissent par conséquent aussi utiles physiquement que moralement.

Il nous paraît inutile d'insister sur le grand intérêt de toutes ces considérations d'avenir. Nous avons

tenu à en parler car elles renferment, on peut le dire, les éléments d'une œuvre efficace de préservation contre la tuberculose. Or, cette base de préservation contre la maladie nous paraît devoir être inséparable de l'œuvre d'assistance aux hommes déjà atteints. Ce sont les mesures complémentaires intéressant l'hospitalisation de ceux-ci que nous allons maintenant envisager.

III. — NÉCESSITÉ DE CENTRES HOSPITALIERS NOMBREUX POUR TUBERCULEUX RÉFORMÉS

Il est de toute évidence que le nombre actuel des formations sanitaires pour tuberculeux est à peine suffisant et ce qui le prouve, c'est l'existence de nombreux sanatoriums en préparation. Après la guerre, les hôpitaux spéciaux devront se multiplier encore davantage en raison du grand nombre de prisonniers tuberculeux qui vont revenir d'Allemagne sérieusement touchés comme l'examen de ceux qui sont rapatriés actuellement permet de le supporter.

Ces hôpitaux devront être presque exclusivement des hôpitaux civils. Puisqu'il est acquis qu'un tuberculeux ne pourra jamais faire un soldat, rien ne sert de le laisser traîner dans les formations militaires ; mieux vaut le réformer immédiatement. Redevenu civil, il bénéficiera de l'assistance à laquelle il a droit. Dans ces conditions la plus grande partie des hôpitaux de l'armée ne resteront ouverts qu'aux hommes atteints d'affections chirurgicales où de

maladies à caractère transitoire et à évolution aiguë.

Pour le moment, même si la réforme immédiate de tous les tuberculeux à quelque degré qu'ils fussent était prononcée, les hôpitaux sanitaires régionaux du service de santé seraient obligés de fonctionner en nombre égal : d'abord en raison de l'état de guerre qui cause par lui-même tant d'éclosions bacillaires et ensuite parce que les formations civiles seraient en trop petit nombre pour recueillir les tuberculeux de guerre réformés en si grande quantité. Il faut constater, en effet, que, dans le chiffre relativement restreint des bacillaires rendus actuellement à la vie civile puisque les hôpitaux sanitaires conservent beaucoup d'incurables, il s'en trouve certains qui sont obligés d'attendre leur tour avant d'être hospitalisés dans les stations sanitaires.

Ils s'aggravent chez eux et pour peu qu'ils ignorent (ce qui est malheureusement trop fréquent) l'existence de l'assistance antituberculeuse à laquelle ils peuvent prétendre, c'est dans un état lamentable, après sérieuse augmentation de leur mal, qu'ils viennent s'échouer à la station sanitaire. Voilà pourquoi on compte tant d'incurables parmi les réformés admis dans les formations du ministère de l'Intérieur.

Pour toutes ces raisons, on conçoit aisément qu'il faudra, après la guerre, continuer à utiliser toutes les stations sanitaires actuellement en service et aussi leur en adjoindre beaucoup d'autres. Les hôpitaux sanitaires de l'armée pourront être moins nom-

breux qu'à présent parce que le mouvement des malades y sera actif. Ils seront toutefois en quantité suffisante pour que les soldats tuberculeux puissent y être réformés sur place et sans attendre. Dans ces conditions l'éducation antituberculeuse ne serait donnée à ces militaires que par la suite dans les formations civiles.

Le nombre minimum de celles-ci devra être considérable. A la vérité il semble difficile *a priori* de couvrir la France de sanatoriums et pourtant ce serait la seule façon de lutter efficacement contre la « tuberculose car comme le dit Ardeletti(2): « l'avenir de la médecine est sans nul doute le sanatorium... « Le sanatorium répond manifestement à tous les « desiderata. C'est là et là seulement, dans ces établissements fermés et pourvus de tout le nécessaire « que le tuberculeux sera traité aussi parfaitement « que le permet l'état actuel de la science. »

Combien faudra-t-il de formations antituberculeuses ? Avec le professeur Letulle (20) nous pouvons répondre : « La Guerre et l'Intérieur, les grandes municipalités, Paris, Lyon, Saint-Etienne, Rouen, Bordeaux, etc., ont déjà mis sur pied 20.000 lits, 30.000 peut-être. Il en faut plus de 100.000. »

D'où on peut conclure qu'en comptant 200 lits par établissement ce chiffre correspond à la nécessité de 500 sanatoriums.

Nous verrons comment il y aura lieu de les réparer ; examinons d'abord les difficultés qui seront à éviter dans leur mise en fonction.

IV. — MESURES A PRENDRE POUR PARER AUX DIFFICULTÉS NON RÉSOLUES PAR L'ORGANISATION ACTUELLE.

A. — *Exposé de ces difficultés*

Il a été dit plus haut que les sanatoriums de l'avenir devront être civils et cela parce que tout tuberculeux doit être réformé immédiatement ; nous n'y revenons pas. Mais une autre raison intervient indépendamment de celle-ci, à savoir que le recrutement mixte par militaires et réformés est défectueux ; le fonctionnement des stations sanitaires en temps de guerre où cette organisation était inévitable l'aura prouvé.

Nous avons plus d'une fois constaté que les réformés arrivent souvent plus atteints que les militaires ; il y a à cela deux causes. Le réformé s'est aggravé chez lui et attend de se sentir très malade pour demander une hospitalisation ; au contraire, le militaire constamment surveillé par les médecins-majors est envoyé d'office à la station sanitaire. En second lieu (chose regrettable) le réformé ne subit pas toujours avant son admission une visite médicale, alors que le militaire dont le dossier est à constituer a été examiné très souvent. De cet état de choses il résulte que des malades les uns peu atteints, les autres très touchés se trouvent mélangés ce qui, dans des formations à caractère transitoire où la disposition par pavillons séparés ne peut être appliquée, crée des

difficultés pour le groupement rationnel des hommes.

Le recrutement mixte a un autre inconvénient : il rend difficile le maintien de la discipline. Le militaire est facilement insoumis, il boit ; renvoyé, il sait qu'il sera toujours hospitalisé quelque part. Le réformé, plus docile en général (car il sait que, rentré chez lui, il devra travailler pour vivre) peut subir le mauvais exemple et prendre des habitudes dangereuses.

En outre, la dualité administrative crée de nombreuses difficultés pour le médecin-directeur, dépendant à la fois de l'autorité civile et de l'autorité militaire. Enfin au moment de la mise en réforme, qui se produit réglementairement après trois mois pour chaque malade, les médecins experts si consciencieux qu'ils soient peuvent se laisser impressionner par une de ces améliorations considérables qui s'observent parfois chez les tuberculeux de guerre, et ne pas réformer un homme qui a pu, à un moment donné, être très atteint. Dans ces conditions l'amélioration dont celui-ci est l'objet pourrait se retourner contre lui.

* *

Dans un autre ordre d'idées la cure de trois mois qui est accordée actuellement au militaire tuberculeux est d'une durée insuffisante. Elle est presque imposée, il est vrai, par le petit nombre de formations fonctionnant actuellement. Il serait souverainement injuste de garder une année ou davantage les malades qui ont eu la chance d'être admis, alors

que beaucoup d'autres peuvent mourir chez eux faute de soins et infecter leur foyer. La cure trimestrielle est suffisante pour améliorer considérablement le tuberculeux ; sinon pour le guérir, nous en avons observé de nombreux exemples. Elle est suffisante aussi pour faire son éducation sanitaire. Mais une fois son temps accompli le réformé rentre chez lui, se voit obligé de travailler et souvent ne peut faute d'argent, suivre les conseils qu'on lui a donnés ; il retombe malade, devient incurable et ne sait où se faire hospitaliser. Souvent il oublie les notions qui lui ont été inculquées et il contamine sa famille. Que de bacillaires nous avons vu rentrer chez eux avec une expectoration contagieuse. L'un d'eux nous est resté présent à l'esprit qui, malgré les conseils, crachait par terre exprès. Son exemple pernicieux rendait son maintien à la station sanitaire impossible. Quand il rentra chez lui dans un faubourg de Paris son expectoration fourmillait encore de bacilles. Une autre raison empêchait de le conserver, fondée sur les instructions ministérielles prescrivant de ne garder que les malades très améliorés, ce qui n'était pas son cas. Le retour prématuré d'un malade à lésions ouvertes peut être d'autant plus funeste à sa famille qu'étant souvent un tuberculeux de guerre devenu malade à la suite des fatigues du service, il peut contaminer une femme et des enfants absolument sains antérieurement.

* * *

Les efforts du comité départemental institué en grande partie pour la préservation des familles peut-il empêcher la contagion de s'exercer dans ces conditions ? En principe oui, car la station sanitaire est tenue d'envoyer au Préfet du département du malade qui reste dans ses foyers une fiche de départ portant des indications prophylactiques.

Mais la surveillance est très difficile si l'intéressé ne vient pas consulter au comité et s'il se moque des conseils qui lui sont donnés à domicile par les visiteurs. Quand il n'y a pas de sous-comité, le malade trouve souvent le chef-lieu trop éloigné. C'est pourquoi Léon Bernard constate que « beaucoup de comités déplorent de n'avoir pas plus de clients (30) ». D'ailleurs même quand l'assistance s'exerce à souhait, que peut faire le médecin cantonal qui suit le malade à son domicile et constate qu'il s'aggrave ? Il est conduit à proposer une réhospitalisation ? laquelle montre bien que la seule mesure radicale serait une hospitalisation prolongée du contagieux.

L'assistance professionnelle du tuberculeux n'est pas moins difficile : il consent rarement à changer de métier. Enfin les dons en nature lui importent souvent peu et il réclame surtout un peu l'argent liquide pour s'aider à vivre.

Nous comprenons dès lors que Léon Bernard (30) ait écrit ce qui suit : « Beaucoup de comitésse sont

vite rendus compte que leur action d'assistance hygiénique resterait incomplète si elle n'était pas modifiée et élargie et qu'ils avaient le devoir, quand ils en avaient les moyens, de parfaire leur œuvre en créant des sanatoriums. C'est peut-être par cette conséquence inattendue de l'institution des comités qu'on en discerne le mieux l'utilité et la fécondité. »

En effet, de quelque côté qu'on envisage la question, la nécessité apparaît d'une hospitalisation sanatoriale de longue durée.

B. — *Solution à proposer*

D'après ce qui précède, des mesures précises s'appliquant exclusivement à des militaires réformés paraissent assez simples à établir et peuvent s'exposer d'ensemble en peu de mots.

L'hospitalisation prolongée, réalisable seulement si un grand nombre de sanatoriums sont fondés, semble indispensable. Elle aurait pour but d'isoler de la société les malades contagieux, de les séparer de leur famille pendant de longs mois et de les faire vivre pendant tout ce temps dans les conditions d'hygiène voulues, tout en les laissant sous une surveillance médicale constante. Pendant leur séjour dans la formation sanitaire ils feraient lentement et presque malgré eux leur éducation antituberculeuse.

Ils ne seraient remis en circulation qu'après amélioration durable appuyée sur les garanties que Valéry Meunier (3) a déclarées strictement suffi-

santes : rétablissement de l'état général, disparition du bacille de Koch dans les crachats, disparition des signes physiques de la période active. En aucun cas un malade ayant une expectoration bacillifère ne pourrait être rendu à la vie ordinaire. Pendant son hospitalisation le malade commencerait un apprentissage approprié à son état, de façon à ne pas être à un moment donné obligé, pour gagner sa vie, de continuer un métier insalubre. Enfin, durant cette longue période d'inactivité sociale, il faudrait donner à la famille du tuberculeux des secours lui permettant de vivre.

* * *

Pour mettre en application ces mesures générales il paraît rationnel de constituer trois groupes de formations antituberculeuses, conformément à la conception proposée dès 1902 par Leriche (11) :

1° Des *hôpitaux sanitaires* plus étendus que nombreux, étant donné que, pour un prix de journée égal, un hôpital contenant beaucoup de lits l'emporte au point de vue financier sur une formation plus petite. Ces hôpitaux recevraient les bacillaires graves incapables d'aucun travail.

2° Des *colonies sanitaires* comprenant outre le sanatorium proprement dit des *annexes de travail* (ateliers en plein air, industries rurales). Ces formations seraient réservées aux hommes peu atteints, apyrétiques et capables de fournir un certain effort. Le produit de ce travail servirait à diminuer dans

une certaine mesure la charge de l'Etat et à indemniser les familles. Le tuberculeux aurait ainsi à sa disposition pour l'avenir un métier hygiénique.

3° Des *dispensaires* chargés de surveiller, outre les familles des malades, la population d'un secteur déterminé. Un de ces dispensaires serait annexé à chaque hôpital sanitaire et à chaque colonie. A chacun d'eux seraient rattachés des enquêteurs et des inspecteurs chargés de vérifier les locaux suspects et munis de pouvoirs étendus (droits d'expropriation par exemple).

Associées à une propagande antituberculeuse méthodique conduite par la presse et à une lutte antialcoolique menée concurremment, ces institutions seraient appelées à donner des résultats réels et durables. Leur mise en pratique demanderait, il est vrai, des sommes considérables et une grande persévérance. Mais en présence du péril de la race nous n'hésitons pas à les préconiser. Notre prochain chapitre sera consacré à mettre au point le plan général de l'organisation nouvelle et à indiquer dans le détail, avec toute la précision possible, le fonctionnement pratique et la relation des différents établissements appelés à réaliser par leur ensemble une vraie défense sociale contre la tuberculose.

CHAPITRE III

Données pour l'établissement des hôpitaux et colonies sanitaires de l'avenir

I. — IDÉES DIRECTRICES DE L'ORGANISATION

L'assistance aux tuberculeux devra être fondée sur le sanatorium associé au dispensaire ; ce principe semble bien établi aujourd'hui (1). Dès 1903 Marcellin Cazaux (10) écrivait : « Nous pouvons
« espérer que, à défaut de nombreuses maisons dans
« le genre de sanatorium idéal nous aurons sous peu
« des établissements convenables fût-ce des sanato-
« riums de fortune en quantité suffisante pour com-
« battre le fléau de la tuberculose. » Aujourd'hui Ardeletti (2) exprime ainsi l'importance qu'il attache au dispensaire : « Mais s'il ne supplée en aucune
« façon au sanatorium le dispensaire en serait une
« merveilleuse annexe et rendrait à ce titre d'incal-
« culables services ».

Nous estimons que, pour associer ces deux organismes, il faut procéder avec méthode et agir sur toute l'étendue de notre territoire. Cette dernière

1. Projet de loi sur les dispensaires d'hygiène sociale (A. Honorat).

nécessité a soulevé, il est vrai, bien des objections fondées sur les difficultés pratiques à vaincre et les sommes à employer.

Pour se persuader que ces critiques ne sont pas irréfutables, il suffit de regarder ce qui a été déjà obtenu dans cette voie. Léon Bernard signale à juste titre comme digne de remarque, l'organisation antituberculeuse actuelle du département de la Loire. En effet on a mis là en application pour toute cette région de la France un programme très bien conçu qui a été rapidement mis au point et qui montre que les dispositions en apparence les plus difficiles à établir peuvent malgré tout être réalisées. Nous allons voir chemin faisant quelques détails de cette organisation antituberculeuse départementale qui précisément se rapproche du système général que nous allons proposer. Mais auparavant il est indispensable que nous limitons notre sujet aux anciens militaires.

En effet, l'assistance aux tuberculeux d'après-guerre doit s'appliquer, ne l'oublions pas, non seulement aux hommes réformés mais aussi aux femmes et aux enfants pour lesquels l'hospitalisation doit être envisagée également, la surveillance par le dispensaire ne pouvant suffire pour tous les cas. Nous nous bornerons donc à constater que le département de la Loire a pensé à ce complément utile de l'œuvre des militaires tuberculeux en prévoyant l'établissement à Verrières d'un sanatorium pour femmes et enfants et en développant comme il con-

vient l'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose. Toutefois nous ne limiterons notre sujet aux soldats réformés qu'après avoir fait remarquer que l'organisation par hôpitaux et colonies sanitaires peut s'appliquer facilement aux femmes qui, elles aussi, peuvent fournir un travail approprié à leurs moyens, et même aux enfants, l'hospitalisation de ceux-ci dans une colonie agricole pouvant les orienter vers la vie rurale si utile pour leur avenir. Il faut noter aussi la nécessité de créer des formations médico-chirurgicales infantiles classées dans un climat maritime.

Dans ces conditions on conçoit que l'hospitalisation de tous les tuberculeux indigents est réalisable à condition de pouvoir multiplier les formations.

*
*
*

L'organisation que nous allons décrire ne visera donc que les tuberculeux pulmonaires réformés et nécessiteux. Mais il serait juste que les exemptés d'avant-guerre bénéficient comme eux de cette organisation s'ils sont atteints du même mal. A notre avis celle-ci ne peut être que départementale, ce qui est la seule façon d'obtenir des résultats réels et uniformes pour toute la France. Il est également rationnel d'admettre que les formations hospitalières devront être d'autant plus nombreuses que le département est plus éprouvé par la tuberculose. D'après les statistiques indiquées par Galtier-Bois-

sière (28) les départements du Centre étaient les moins atteints en 1909 (15 décès par 10.000 habitants); par contre, en cette même année, ceux de l'Ouest et toute la région de Paris, comptaient plus de 25 décès pour un même chiffre de population. Enfin il semble qu'il y ait intérêt par raison d'économie à avoir des formations plus importantes que nombreuses car, ainsi que nous le disions plus haut, à prix de journée égal, les frais généraux sont moindres pour une grande quantité que pour un chiffre restreint de malades et on ne se trouve pas obligé d'employer en plusieurs endroits un personnel identique.

Nous rappelons qu'il faut envisager trois groupes de formations : hôpitaux, colonies et dispensaires. Les hôpitaux sanitaires s'adresseront aux grands malades : incurables, fébricitants curables, apyrétiques à lésions avancées et étendues ; tous ceux en un mot qui sont incapables de travailler. On a discuté la fondation d'hospices spéciaux pour tuberculeux condamnés. A notre avis, pour peu qu'ils occupent un pavillon spécial, les incurables auront aussi bien leur place dans un sanatorium pour malades graves quoique encore guérissables. Mais le sanatorium proprement dit et méritant véritablement ce nom serait la partie hospitalière de la colonie sanitaire.

Celle-ci recrutera ses malades parmi les tuberculeux au premier degré ou parmi ceux à lésions plus avancées mais localisées, c'est à-dire tous les hommes

qui peuvent fournir un certain effort. On y prendra de préférence ceux dont l'expectoration ne sera pas bacillifère, les contagieux relevant plutôt de l'hôpital sanitaire.

Enfin nous avons dit que le dispensaire annexé à chaque hôpital et à chaque colonie surveillera les malades guéris et ainsi que les familles de ceux qui sont hospitalisés et exercera une surveillance hygiénique sur toute la population dans un certain rayon.

* * *

On conçoit donc que tous ces établissements devront être reliés entre eux et former un tout au point de vue médical et administratif. Pour obtenir ce résultat il conviendra de diviser le département en un certain nombre de circonscriptions. C'est un peu ce qui a été fait dans la Loire où il existe un dispensaire principal au chef-lieu de chaque arrondissement (Saint-Etienne, Montbrison et Roanne) et six dispensaires secondaires à Rive-de-Gier, Firminy, Saint-Chamont, Feurs, Veauche et Saint-Jodar.

Au point de vue général qui nous occupe, il faudrait au minimum un hôpital sanitaire pour deux arrondissements et deux colonies sanitaires par arrondissement. La grande circonscription de l'hôpital sanitaire s'appellerait *le secteur*, la petite circonscription de la colonie sanitaire serait *le district*.

La connexion administrative des hôpitaux et des colonies s'impose pour permettre les évacuations de

malades de l'une dans l'autre de ces formations suivant qu'il y aura amélioration ou aggravation. L'admission des malades se ferait par le dispensaire. Déjà actuellement dans la Loire ce sont les dispensaires qui munis du certificat d'indigence délivrent les bulletins d'hospitalisation.

Le dispensaire annexé à l'hôpital sanitaire serait le *dispensaire principal*. Il aurait la plus nombreuse clientèle de malades. Parmi ceux-ci les plus graves entreraient en traitement à l'hôpital sanitaire ; les autres seraient envoyés au dispensaire du district correspondant à leur domicile. Ce dispensaire serait le *dispensaire auxiliaire* ; c'est lui qui garderait à la colonie dont il fait partie les malades susceptibles de travailler.

Les familles seraient suivies par le dispensaire de la formation où le chef de famille est hospitalisé. Cette disposition éviterait des flottements et des confusions pour les femmes et les enfants appelés à consulter. De même après leur départ, les hommes remis en liberté se feraient examiner de temps en temps au dispensaire du sanatorium d'où ils sortent.

* * *

L'hospitalisation serait par définition de longue durée. Tout malade fébricitant, bacillifère ou non, et tout malade bacillifère, fébricitant ou non, devrait être gardé d'office à l'hôpital sanitaire jusqu'à cessation de la fièvre ou fermeture des lésions ; il serait alors en état de se rendre utile à la colonie sanitaire

correspondante. Ces hommes initialement incapables d'aucun travail seraient à la charge de l'Etat. Au contraire, le travail des malades de la colonie sanitaire serait utile à la collectivité (jardinage, culture maraîchère) ou bien l'argent gagné servirait à indemniser le département et les familles. Les malades en état de se rendre utiles pourraient aussi être employés dans l'intérieur de l'établissement (désinfection des crachoirs, lavage de la vaisselle), ce qui serait un moyen de diminuer le personnel payé.

D'une façon générale, le travail fourni par le malade ne devrait pas être considéré comme une triste nécessité, mais envisagé (surtout pour le travail en plein air) comme un mode de traitement. La *méthode de Paterson* (médecin-chef du sanatorium de Frimley près de Londres) basée sur l'action immunisante du travail modéré chez le tuberculeux, a déjà été l'objet de plusieurs essais en France. A Saint-Jodart dans la Loire (19) on emploie à des travaux agricoles modérés des pensionnaires désignés par les médecins traitants comme capables de remplir ces fonctions. A Tonnay-Charente une colonie sanitaire fonctionne au compte de l'Union des Femmes de France et s'adresse aux militaires suspects de tuberculose respiratoire : « A nous tous, « dit Landouzy (18), l'œuvre de Tonnay-Charente « parut d'organisation bien comprise ; cure d'air et « de repos, cure diététique, cure d'héliothérapie, « cure de travail progressivement dosé s'y trouvent « judicieusement associés. Pareille colonie sanitaire

« agricole pour soldats réformés temporaires tiendra
« opportunément pour sa clientèle le rôle de pré-
« ventorium français tel que souvent nous l'avons
« défini. » Nous mentionnerons aussi avec Leuret
(27) l'école de vannerie annexée à l'hôpital sanitaire
du Bequet et qui, suivant cet auteur, « a donné à tous
les points de vue, entière satisfaction ». Enfin nous
savons que le médecin-major Cantonnet a projeté
de fonder, avec l'aide de nos alliés anglais, une agglomération agricole qu'il désigne sous le nom de Sana-colonie et où ses tuberculeux réformés pourront s'installer en plein air comme fermiers de petits domaines agricoles.

On voit que l'emploi de la méthode de Paterson tend à se généraliser, mais il faut que l'exercice musculaire soit bien dosé. L'auto-inoculation de toxines bacillaires causée par le travail du muscle et produisant l'immunisation n'est bienfaisante que si elle est convenablement dosée. La fièvre, la céphalée, la lassitude et l'anorexie sont les signes avertisseurs d'un entraînement mal dirigé. On voit que cette méthode ingénieuse nécessite la surveillance constante du malade par le médecin.

Mais la conception d'ateliers sanitaires mérite qu'on s'y arrête car elle fait faire un grand pas à la difficile question du changement de métier pour le tuberculeux qui, si souvent retombe malade parce qu'il n'abandonne pas des occupations nuisibles pour lui. L'école professionnelle du Béquet est donc une institution des plus intéressantes car après un appren-

tissage de ce genre le tuberculeux de guerre peut gagner assez pour pouvoir, aidé de sa petite pension, vivre à la campagne avec sa famille. La comparaison peut se faire avec les écoles de rééducation pour mutilés dont on connaît la prospérité financière. Toutefois il ne faut pas oublier qu'un mutilé a beaucoup plus de résistance au travail qu'un tuberculeux.

* * *

Les formations antituberculeuses (hôpitaux et colonies) ne peuvent prospérer que si la discipline des malades y est exemplaire. Cette condition est également indispensable pour que l'œuvre ait toute sa portée.

Une réglementation spéciale serait à faire pour forcer le tuberculeux à rester hospitalisé aussi longtemps qu'il serait nécessaire. Il est à souhaiter aussi qu'il devienne obligatoire pour un tuberculeux de se faire soigner (1). Quoi qu'il en soit l'écueil est réel : dans les stations sanitaires actuelles il arrive qu'un malade demande à rentrer chez lui plutôt que de se soumettre à la discipline. Or nous estimons que suivi à domicile (même dans des conditions excellentes comme dans la Loire) un tuberculeux ne peut que périliter et être dangereux pour ceux qui l'approchent. Les visiteurs du dispensaire n'empêcheront jamais un homme de cracher par terre quand il lui plaît ; cette mesure essentielle de préservation

1. Léon Bougeois, Projet de loi sur le sanatorium obligatoire.

est une des plus difficiles à obtenir. Voilà pourquoi il serait à souhaiter qu'il devint légal que tout malade indiscipliné et renvoyé chez lui fût l'objet d'une surveillance étroite suivie au besoin de sanctions spéciales.

En tous cas, tout homme hospitalisé devra se soumettre sans discussion à l'autorité médicale qui prime toutes les autres en matière prophylactique. Le personnel placé sous les ordres du médecin et chargé du contrôle devra être instruit mais docile, de façon à assurer au chef une collaboration étroite dont les bienfaits sont de tous les instants.

II. — PROJET D'ORGANISATION FINANCIÈRE

Avant d'aborder l'étude plus détaillée de chacun des organes de la lutte antituberculeuse, nous croyons indispensable d'indiquer très brièvement, en raison de notre incompetence, comment on peut concevoir l'établissement du budget dans une circonscription donnée.

A ce point de vue une notion devra dominer l'organisation à venir, celle de l'économie, dont la rigoureuse application peut seule rendre possible des frais énormes qui sont nécessaires.

L'économie devra surtout être observée après la mise en marche des établissements. Un sanatorium pour indigents n'a nullement besoin d'être luxueux, il suffit qu'il soit bien compris. Considérer le confort comme nécessaire c'est commettre une erreur qui a

empêché beaucoup de tentatives dignes de succès et arrêté bien des bonnes volontés. Les indigents ne sont pas habitués à être servis et par conséquent ne sont pas exigeants au point de vue des commodités ; ils se trouvent toujours bien là où règne la propreté, où l'ordre et l'hygiène sont respectés et où des soins assidus leur sont prodigués. Quand il s'agit de grands malades alités, comme ceux qui entrent dans le cadre des hôpitaux sanitaires, il convient de leur accorder un certain bien-être et de les faire bénéficier de certaines dispositions architecturales rendant leur situation moins pénible ; mais, dans les colonies sanitaires, pour peu qu'il y ait des salles de réunion et des occasions de distraction, le confort réel et les faits concomitants peuvent être réduits au minimum.

* *

A la question financière se rattachent les dispositions législatives qui s'appliquent à l'assistance médicale en France et dont M. le Préfet de la Loire a su tirer parti avec une ingéniosité profitable.

En 1905, Landouzy indiquait (33 et 34) qu'il était possible d'étendre aux phtisiques incurables la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources. Cette loi permet donc de faire acquérir le droit à l'hospitalisation par les militaires tuberculeux incurables.

Dans le même ordre d'idées Léon Bernard (32)

indique l'opinion de J. Courmont (35) qui a montré en 1912 qu'en associant le dispensaire au service du Bureau de bienfaisance on trouvait les moyens financiers nécessaires pour que le dispensaire exerçât son action la plus large : « s'entendre, dit cet auteur « avec la municipalité et le Bureau de bienfaisance, « leur démontrer que les tuberculeux entrent pour « une proportion considérable ($1/4$ environ) dans le « nombre des malades assistés, leur demander de « dissocier une partie des dépenses qu'ils consentent pour les malades et les indigents tuberculeux, « en d'autres termes ne pas augmenter le total du « budget de l'assistance mais en distraire certaines « sommes qui seront spécialement employées à traiter les tuberculeux tout en préservant leur entourage, scinder le budget municipal en dépenses générales et en dépenses spéciales à la tuberculose. »

C'est ce qui a été fait depuis longtemps à Lyon, et actuellement l'assistance aux tuberculeux de la Loire fonctionne en conformité avec ces vues ingénieuses. Nous ne pouvons mieux faire que citer à ce propos Léon Bernard (32) : « La création des dispensaires a été réalisée par le concours du Conseil général, des commissions administratives des hospices et du comité départemental d'assistance aux anciens militaires tuberculeux. Plus tard lorsque la période d'essai sera close ces dispensaires seront placés sous le couvert de la loi du 15 avril 1916 (loi Léon Bourgeois) et transformés en établissements publics. Leur fonctionnement relié aux ser-

« vices publics de la Préfecture bénéficie des crédits
« alloués en vertu des lois d'assistance et d'hygiène.
« Les malades suivis par le dispensaire sont, après
« qu'un certificat d'indigence a été délivré, inscrits à
« l'assistance médicale gratuite en conformité avec
« la loi du 15 juillet 1893 qui leur fournit les soins
« et médicaments. Les mesures de désinfection y
« compris les frais occasionnés par le personnel
« spécial et par le matériel distribué sont portés au
« crédit de la loi du 15 février 1902 sur la protection
« de la santé publique... Enfin les dispensaires de
« la Loire armés du certificat d'indigence délivrent
« des bulletins d'hospitalisation. Si le malade est
« admis à l'hôpital les dépenses sont mises au compte
« du budget fourni par la loi de 1905 sur l'assistance
« obligatoire aux incurables. Si le malade ne va
« pas à l'hôpital ou n'y est pas reçu faute de place
« il est considéré comme hospitalisé à domicile. Il
« demeure alors sous la surveillance du dispensaire
« et de ses agents dont tous les soins et secours
« divers lui sont fournis grâce à une large interpré-
« tation de la loi de 1905 associée à celle de 1893.
« En effet, l'assistance à domicile prévue par la pre-
« mière comporte une allocation mensuelle de 5 à
« 30 francs qui peut être convertie en secours en nature
« et la seconde (assistance médicale gratuite) apporte
« les soins médicaux, et pharmaceutiques, ceux-ci
« comportent les frais d'infirmières-visiteuses comme
« dans les hôpitaux et le traitement de ces infirmières se trouve ainsi compris dans le même crédit. »

Nous ne pouvons qu'admirer cette utilisation si habile des lois existantes et nous ne voulons rien y ajouter si ce n'est que, pour l'établissement des formations hospitalières elles-mêmes, on peut imaginer un capital de fondation donné par l'Etat et accru par une souscription dans toute l'étendue du district à desservir. Quant aux ressources d'entretien, elles peuvent être supportées dans une certaine mesure par les communes ; il est possible d'établir des subventions annuelles basées sur les besoins de l'établissement et calculées suivant le nombre de malades envoyés par chaque commune.

Après ces considérations générales il nous reste à indiquer ce que pourra être le fonctionnement pratique de chacun des organismes dont nous n'avons parlé jusqu'ici qu'à un point de vue général. Quoiqu'annexé aux formations hospitalières, le dispensaire ne sera pas décrit en même temps qu'elles, mais fera l'objet d'un paragraphe spécial en raison de son important rayon d'action.

III. — HOPITAL SANITAIRE

A. — *Conditions d'ensemble.*

Les dispositions générales se rapprocheront de celles des hôpitaux régionaux actuels. L'établissement réunira les conditions suivantes qui d'après Martinet (7) caractérisent le sanatorium.

« 1° Situation dans un climat approprié (air pur,

« insolation suffisante, abri du vent, perméabilité du
« sol, voisinage des forêts, etc... » ;

2° « Construction adéquate (chambres vastes bien
« aérées, faciles à chauffer, faciles à désinfecter,
« galeries de cure, box, vérandas, convenablement
« orientés, sol lavable par linoléum ou paraffine,
« promenades boisées avec abris) ;

« 3° Organisation diétético-culinaire spéciale ;

« 4° Organisation médicale assurant une surveil-
« lance et un entraînement permanents ».

L'hôpital sanitaire de l'avenir devra donc être
situé loin des agglomérations et cela non seulement
pour bénéficier d'un air pur, mais aussi pour que sa
présence ne soit pas une cause de contamination
pour la population, car on sait qu'il est très difficile
d'empêcher les malades d'aller se distraire chez l'ha-
bitant.

L'établissement ne doit pas cependant être isolé
au point de rendre difficile son ravitaillement ; il faut
qued'importantes canalisations d'eau lui parviennent.
La construction à flanc de côteau dans une orienta-
tion assurant l'abri des vents du nord et de l'ouest
est excellente.

L'emplacement dans la zone méridionale, pyrénéenne ou méditerranéenne est excellent ; mais il
peut être fixé aussi bien dans le Centre ou dans l'Ouest.
Ainsi que nous l'avons dit, il ne faut pas considérer
comme indispensables les conditions climatiques
spéciales du Midi de la France ; l'important est la
salubrité de la région, c'est-à-dire surtout l'absence

d'humidité et de brouillard. Néanmoins, il paraît très rationnel *a priori*, de construire en Algérie des hôpitaux sanitaires où seraient envoyés les réfugiés tuberculeux, originaires d'un département dévasté.

Enfin il y a lieu de dire quelques mots de la situation en montagne assurant la *cure d'altitude*. Le grand avantage de la montagne est que le sanatorium peut y fonctionner hiver comme été. Mais dans le cas présent (hospitalisation de bacillaires avérés) l'altitude doit être modérée (500 à 600 mètres de préférence, 1.000 mètres au maximum) sous peine de créer un surmenage respiratoire préjudiciable au malade. Il ne faut pas oublier non plus que le ravitaillement et l'approvisionnement en eau sont souvent difficiles en montagne.

Quelle que soit la situation, l'hôpital devra autant que possible être entouré d'espaces libres plantés d'arbres et jalonnés par des abris où le malade pourra s'asseoir de temps en temps au cours d'une promenade.

Pour ce qui touche à l'hôpital lui-même, la disposition par pavillons distincts nous paraît indispensable. Le groupement des malades suivant leur état est rendu ainsi plus facile. En réservant un ou deux pavillons pour les incurables on éviterait la fondation d'hospices spéciaux. Le personnel doit être distinct pour chaque pavillon. Enfin, nous estimons qu'il faut une installation comportant une certaine place à la chirurgie. Outre la salle de pansements, indispensable dans tout sanatorium pour soigner les

fistules et traiter les abcès froids, il faut admettre la présence d'une petite salle d'opérations. Grâce à cette combinaison certains malades justiciables d'une intervention pourraient être opérés directement par un chirurgien attaché au sanatorium ; on éviterait ainsi l'envoi de contagieux dans des hôpitaux de chirurgie générale.

Nous terminerons ces vues d'ensemble en disant que tout doit être calculé en vue de conserver autant que possible l'asepsie du milieu (air, lumière, soleil, désinfection, chambres d'isolement, parquet imperméable, murs lavables) et en rappelant que les malades justiciables de l'hôpital sanitaire ainsi conçu seront les incurables, les curables fébricitants et les curables sans fièvre mais avec mauvais état général nécessitant le repos complet.

B. — *Architecture*

En abordant la question de construction et d'aménagement, il importe de bien préciser que les nécessités actuelles comportent de faire les choses avec rapidité, simplicité et économie.

Pour cela, il suffit comme le pensent Dumarest et Vigné (3) de s'inspirer de ce qui a déjà été réalisé par les Américains avec le minimum de dépenses. Le bâtiment aux Etats-Unis comprend un bâtiment administratif central autour duquel sont groupés les pavillons des malades, de façon que la surveillance soit facile. Le bâtiment administratif envisagé comme

la partie essentielle, celle qui doit durer, est construit avec un soin particulier. Par contre le quartier des malades est considéré comme ayant un caractère temporaire et les pavillons qui le composent sont destinés à être sacrifiés sans regrets, le jour où ils ne répondent plus aux idées médicales du moment. Aussi sont-ils bâtis en grande partie en bois et élevés au-dessus du sol par des piliers de maçonnerie grossière. Ces bâtiments américains se rapprochent donc des constructions démontables qui ont été préconisées en France ces temps derniers. Pour les petits malades, ce sont de simples abris (nous en parlerons à propos de la colonie sanitaire); pour les malades sérieux le confort est plus grand et les plans plus coûteux. Les pavillons ne sont pas reliés entre eux par des passages couverts; on oblige ainsi les malades à s'aguerrir en circulant au grand air.

* * *

L'hôpital sanitaire de l'avenir devant posséder des malades fortement touchés et sensibles au froid, les pavillons devront être soigneusement aménagés et les chambres disposées pour le chauffage.

En outre l'état des hommes demandant des soins constants, le logement des infirmières sera à proximité.

Les pavillons de l'hôpital Riversite près de New-York réalisent ces conditions. Ils sont bâtis sur le plan du pavillon pour petits malades désigné sous le nom d'*abri de King*, mais se distinguent de celui-ci

par ce fait qu'ils sont à plusieurs étages (3) et peuvent se clore par le mauvais temps.

L'abri de King est composé de deux hangars rectilignes élevés comme nous l'avons dit au-dessus du sol. Leur façade principale est orientée au midi. Les lits des malades sont situés au fond mais la profondeur de l'abri est suffisante pour que le soleil, la pluie et la neige ne puissent arriver jusqu'à ceux-ci qui sont adossés à la paroi postérieure de la construction dans laquelle sont comprises de larges fenêtres qui assurent la ventilation de l'abri. En avant des piliers qui portent le toit, le sol de l'abri s'avance pour former une terrasse découverte où les lits sont amenés pour la cure de repos les jours de beaux temps. Chacun des deux abris comprend huit lits ; ils sont placés symétriquement et séparés l'un de l'autre par une pièce intermédiaire contenant les armoires, les lavabos et le dispositif pour les douches.

L'abri de King ainsi défini et employé dans sa simplicité excessive ne saurait être utilisé même dans une colonie sanitaire et à plus forte raison dans un hôpital contenant de grands malades. Mais sa description était indispensable pour faire comprendre le plan des pavillons de l'hôpital Riversite qui nous paraissent s'adapter fort bien aux nécessités d'un hôpital sanitaire.

Ces pavillons symétriques comme l'abri lui-même ont quatre étages. Chacun d'eux est composé de deux dortoirs symétriques séparés par une salle de réunion. En arrière de la salle de réunion dans un

espace en recul se trouvent les lavabos, le vestiaire, les douches et le logement des infirmières.

La façade antérieure des dortoirs, toujours orientée au midi peut s'ouvrir entièrement, transformant s'il fait beau, le dortoir en galerie de plein air. Cette transformation est obtenue par un système de vitrages mobiles très larges. Les tuberculeux pouvant s'incommoder les uns les autres sous l'influence de la toux, on peut facilement dans chaque dortoir séparer les lits par des box.

L'hôpital Riversite composé de pavillons ainsi disposés contient cinquante-trois malades et a coûté cent cinquante mille francs (deux mille cinq cent quatre-vingt-cinq francs par malade).

* * *

Si nous prenons cette disposition pour chaque pavillon sanitaire de l'avenir, l'adaptation serait la suivante : les pavillons de ce type seraient disposés en demi-cercle par rapport au bâtiment administratif central de façon à faciliter la surveillance et les communications. A deux dortoirs par étage le pavillon en comprendrait huit ; c'est dans l'espace intermédiaire compris entre chacun d'eux que seraient disposées les servitudes et autres annexes, à savoir :

- 1° au rez-de-chaussée ; un réfectoire avec tiroirs individuels pour les malades et une salle de réunion ;
- 2° aux étages : les lavabos, les douches et les water-closets dans l'espace en recul ; plus au centre : le cabinet de la première infirmière (avec vestiaire

pour le médecin), la salle de pansements où seraient donnés les soins usuels et une chambre pour l'infirmière de veille.

3° Dans les sous-sols : une cuisine auxiliaire destinée à la préparation des petits plats de régime et comportant un dispositif pour le lavage de la vaisselle du pavillon. A la cuisine serait annexée la chaudière du chauffage central assurant la circulation de l'eau chaude dans les radiateurs.

Ceci étant établi nous ne nous attarderons pas à indiquer en détail les dispositions architecturales obligatoires qui sont connues ; nous ne ferons qu'une énumération :

1° Murs plâtrés et peints à l'huile avec angles arrondis ;

2° Planchers imperméables à la paraffine dans les dortoirs ; dallage du sol à la cuisine, au réfectoire et dans la salle de pansements ;

3° Grillage des baies vitrées pour éviter les mouches ;

4° Dans chaque dortoir deux radiateurs ; lits en fer sans rideaux ; sommiers métalliques ; tables de nuit en métal, sans cloisons fermées, à étages comportant chacun une tablette lavable ; sièges peints et vernissés ;

5° Au réfectoire : tables de marbre avec tiroirs individuels pour les objets du malade ;

6° Dans la cuisine : machine à laver la vaisselle autant que possible ou à défaut, dispositif avec bacs

de trempage et de rinçage, contenant de l'eau carbonatée très chaude ; séchage par égouttoirs ;

5° Water-closet à chasse d'eau avec siphon ; disposition à la turque (la plus hygiénique) ;

8° Evacuation des eaux usées (eaux grasses et vidange), par le procédé des fosses septiques bien étanches, complétées par l'action de lits bactériens d'oxydation, de préférence à type percolateur.

* * *

Le *bâtiment central* comportera les services généraux.

Il comprendra essentiellement : les cuisines et communs, les logements du personnel subalterne, les bureaux du secrétariat et de l'économat, la pharmacie et la lingerie.

Les cuisines auront si possible un dispositif à vapeur, la chaudière servira en même temps à la désinfection. Les chambres du personnel seront bien aérées, confortables ; les dispositions concernant les murs, les parquets et le mobilier seront les mêmes que dans les pavillons de malades.

Les locaux d'administration seront constitués, outre les bureaux, par une salle de réunion administrative et une salle d'attente pour les familles dans laquelle, en aucun cas, les malades ne devront pénétrer.

La pharmacie sera d'autant plus importante que l'hôpital sera plus isolé ; dans la plupart des cas, une infirmière spécialement éduquée pourra suffire, mais

il faut qu'un pharmacien responsable soit attaché à l'hôpital.

La lingerie principale renfermera toute la réserve du linge. Des lingeries auxiliaires seront installées dans chaque pavillon.

Au bâtiment central doit être annexée une construction spéciale qui en sera séparée par un espace libre et comprendra la buanderie et les chambres à désinfection.

Le dépôt mortuaire sera placé comme toujours aux confins de la formation près d'une porte spéciale.

Enfin, outre les pavillons de malades et le bâtiment administratif, il faut faire une place au dispensaire avec ses bureaux.

Il sera situé comme toutes les consultations hospitalières près de l'entrée principale de la formation. Deux annexes lui seront indispensables : le laboratoire et la salle de radioscopie.

Enfin, à côté du dispensaire, dans une construction à part seront établis les appartements des médecins et du personnel supérieur. Ils formeront un tout avec salle à manger et cuisine spéciales.

C. — *Annexes hospitalières*

Ces bâtiments comprendront la buanderie, la désinfection du matériel et la désinfection des crachoirs. Nous dirons peu de chose de ces services qui doivent être identiques pour tous les sanatoriums.

Avec Küss (15) nous croyons que le lessivage suivant la méthode habituelle des blanchisseuses est suffisant pour tuer les bacilles. La buanderie comprendra donc simplement l'appareillage pour les opérations successives du blanchissage (trempage, lessivage, savonnage, rinçage, essorage, séchage et apprêt). Néanmoins il est utile que les cuves de trempage contiennent des solutions de sublimé ou de formol notamment pour le linge très contaminé comme les mouchoirs et les serviettes. Cette précaution est inutile, bien entendu, si le linge a été désinfecté auparavant au formol gazeux.

La désinfection des vêtements et matelas se fait très bien au moyen du formol dans des étuves spéciales qu'on utilise en particulier pour désinfecter à l'arrivée, comme c'est la règle, les vêtements de chaque nouveau malade. Dans la plupart des cas, à moins de souillures étendues on peut se contenter d'exposer les matelas au soleil. Ajoutons d'ailleurs que les vapeurs de formol suffisent amplement pour désinfecter une chambre avec tout ce qu'elle contient y compris le matelas et les vêtements à condition toutefois que les issues de la pièce soient bouchées soigneusement.

La stérilisation des crachoirs est essentielle ; mal faite elle peut faire de l'hôpital sanitaire un dangereux foyer de contagion.

Nous passons rapidement sur la nécessité de collecter les crachoirs dans des paniers métalliques faciles à désinfecter. Quant à la stérilisation elle-

même elle n'est faite avec toutes garanties que dans une étuve à vapeur sous pression. Les récipients souillés y seront introduits au moyen de larges plateaux pouvant les recevoir et l'ensemble sera porté à 105 degrés pendant trois quarts d'heure.

A défaut d'autoclave la *méthode de la lessiveuse* peut suffire : introduction des crachoirs dans une grande lessiveuse à couvercle, remplissage de celle-ci avec de l'eau carbonatée à 5 o/o ; ébullition pendant une demi-heure par un procédé quelconque (vapeur ou chauffage direct), double rinçage des crachoirs à l'eau tiède et à l'eau froide. Le procédé par double lessivage est préférable : dans la première on vide les crachoirs qui sont placés ensuite dans la seconde.

D. — *Fonctionnement*

Etant donné ce qui précède, le fonctionnement de l'hôpital sanitaire est facile à concevoir. Nous ne ferons donc qu'en indiquer les lignes essentielles. D'ailleurs le service intérieur peut être compris de différentes façons au gré de celui qui dirige et toutes peuvent être aussi satisfaisantes.

Le personnel médical comprendra un médecin-directeur aidé d'un assistant ou d'un interne. A eux deux, ils suffiront à assurer le service d'un hôpital qui comprend une forte proportion d'incurables. Ils seront assistés par un certain nombre d'infirmiers ou d'infirmières répartis dans les pavillons et qui assureront les soins aux malades. Quelques manœuvres

pourront leur être adjoints pour les gros ouvrages de nettoyage et d'astiquage et pour assurer la liaison entre le bâtiment central et les services médicaux notamment en ce qui concerne le linge et l'alimentation.

Le personnel de la cuisine variera suivant l'importance de la formation.

Le service médical nécessitera un emploi dû temps bien réglé et strictement observé, qui comprendra quatre repas par jour et plusieurs cures de repos, dans l'intervalle desquelles, des promenades pourront être autorisées. Les températures seront prises soigneusement.

L'alimentation sera substantielle sans être trop copieuse de façon à éviter des troubles digestifs. La discipline intérieure sera des plus sévères ; les malades seront l'objet d'une surveillance constante et toute faute leur sera immédiatement signalée.

L'enlèvement du linge sale sera l'objet de précautions spéciales.

Ce service fait par un personnel ignorant peut à lui seul détruire l'asepsie du sanatorium. L'emploi de sacs individuels remplis par le malade lui-même donnera des garanties suffisantes.

Enfin les crachoirs de poche et de chambre seront ramassés chaque matin, remplacés par d'autres et conduits à la désinfection.

Les crachoirs à la tourbe qu'on brûle après l'usage sont très économiques.

L'éducation antituberculeuse sera complétée par

des conférences instructives. Les distractions ne seront pas oubliées, l'ennui étant souvent une source d'indiscipline et de désordre.

Les salles de réunion comprendront un certain nombre de jeux et au besoin un petit cinéma y sera installé.

IV. — LA COLONIE SANITAIRE

A. — *Dispositions générales*

La précédente description de l'hôpital sanitaire va nous permettre de simplifier celle de la colonie. Tout ce qui concerne la prophylaxie (désinfection, évacuation des matières usées, dispositions générales de protection) s'appliquera exactement et aussi rigoureusement ; nous n'y reviendrons donc pas. De même les conditions d'emplacement et de salubrité devront être identiques.

La disposition générale des bâtiments sera un peu différente en raison du but nouveau envisagé : celui d'utiliser le travail des hommes hospitalisés. Les constructions comprendront donc les pavillons de malades, un pavillon administratif central et des dépendances qu'on peut désigner sous le nom d'*annexes de travail* et qui comprendront des fermes et des ateliers hygiéniques.

Nous passons sur le bâtiment administratif dont les éléments sont les mêmes que pour l'hôpital sanitaire. De même, nous n'insistons pas sur le dispensaire annexé à la formation, car il fera plus loin

l'objet d'une étude spéciale. Nous décrirons seulement les pavillons et les ateliers.

B. — *Pavillons de malades*

Les malades entrant dans le cadre de la formation étant moins fragiles que ceux de l'hôpital sanitaire, les pavillons pourront être moins confortables, ce qui diminuera les frais d'installation. Néanmoins nous estimons que l'abri de King intégral, représenté par un préau couvert profond, renfermant les lits des malades, ne peut être appliqué dans nos pays, même dans la zone méridionale où les nuits sont souvent froides l'hiver. Or, comme il faudra établir des sanatoriums sur tout notre territoire et sous des climats locaux différents, le fait que les malades seront légèrement atteints ne peut suffire à justifier une installation trop rudimentaire.

Il faut donc utiliser une variante de l'abri de King, fondée essentiellement sur l'adjonction de châssis vitrés mobiles transformant les galeries en salles closes. Cette disposition avec baies vitrées a d'ailleurs été réalisée en Amérique au sanatorium de Howel (Michigan) et au Maryland-Sanatorium. Mais le dispositif applicable aux pavillons d'une colonie sanitaire nous paraît avoir été adopté à Iowa-State-Sanatorium. Il comprend deux abris symétriques divisés en plusieurs chambres par des cloisons transversales. Entre les deux abris se trouve un appartement central où sont placés ; une cuisine de régime,

des cabinets de toilette et un hall pouvant servir de salle de réunion. Chaque aile contient 10 chambres à 2 lits soit, 20 chambres et 40 lits pour tout le pavillon. Le coût total de la construction est de 40.000 fr., soit 1.000 francs par lit.

En nous inspirant de ce qui précède voici comment nous concevons un pavillon de colonie sanitaire sans étages, pouvant abriter 40 malades dans des chambres permettant de les grouper.

La partie centrale du pavillon comprendrait un espace quadrilatère suffisamment étendu pour contenir les pièces suivantes :

1° En arrière : un réfectoire, une cuisine de régime ; des cabinets de toilette avec water-closet à proximité ; une salle de bains ;

2° En avant, plus près de la façade : une salle de réunion à proximité du cabinet de la première infirmière.

De chaque côté de ce noyau central on construirait deux abris rectilignes profonds. La partie la plus reculée de l'abri serait divisée par des cloisons transversales en 10 chambres de 3 mètres sur 4 contenant chacune 2 lits. En avant d'elles le plancher de l'abri se continuerait par une véranda recouverte par un avancement du toit. Les chambres communiqueraient ainsi de plain-pied avec la véranda par de larges portes-fenêtres à travers lesquelles un lit ou une chaise longue pourraient être passés pour faire une cure de repos en plein air.

Chaque chambre aurait sur sa paroi postérieure

entre les 2 lits une petite fenêtre. Le groupement ainsi constitué ferait du petit pavillon un tout abritant un nombre appréciable de malades. La galerie de cure qui serait la véranda communiquerait directement avec les chambres. L'aération et la lumière seraient assurées par le double système de fenêtres. Le pavillon n'ayant qu'un rez-de-chaussée, éviterait aux malades la fatigue des étages à monter. Enfin l'été la véranda pourrait être fermée en avant par une toile métallique tendue du toit au sol. La largeur totale du pavillon représenterait environ 80 mètres.

Avec 4 pavillons de ce genre groupés autour du pavillon administratif central on pourrait hospitaliser 190 malades avec un confort suffisant même pour des sujets momentanément alités en raison d'une poussée de fièvre ou d'un état congestif.

Nous ne dirons rien sur les services généraux ni sur les annexes hospitalières proprement dites qui ne présenteront aucune particularité par rapport à ceux de l'hôpital sanitaire.

C. — *Annexes de travail*

Ces annexes comprendront des fermes ou des ateliers en plein air ou largement ventilés. Le but de ces dépendances de la colonie sera, nous le rappelons, d'aider la collectivité à vivre et d'apprendre au malade hospitalisé un métier pour l'avenir. C'est seulement en dehors des heures de cure que les malades désignés s'y rendront pour y travailler selon leurs moyens.

On peut scinder ces dépendances hospitalières en deux subdivisions que nous appellerons respectivement la *colonie fermière* et la *colonie ouvrière*. D'une manière générale les produits fabriqués seront utilisés autant que possible dans l'établissement. On ne les écoulera au dehors qu'après désinfection. D'ailleurs le rendement commercial ne pourra être que médiocre en raison de la faible capacité de travail des malades.

* * *

La *colonie fermière* comprendra de vastes espaces cultivables où les malades pourront faire du petit jardinage en cultivant des légumes et des fleurs. Au fur et à mesure que leur entraînement s'affermira ils pourront arriver à l'agriculture vraie malgré les opérations plus pénibles du labour et du hersage. La culture de la vigne et des arbres fruitiers pourra également être pratiquée. De toutes façons pour ces industries agraires, on devra choisir judicieusement les malades et ne pas leur demander une tâche supérieure à la moitié du labeur normal fourni par un ouvrier sain.

Les hommes hospitalisés pourront aussi s'adresser aux industries fermières, en particulier à l'élevage du bétail, de la volaille et des abeilles ainsi qu'à l'enlèvement des œufs. La récolte du lait, la fabrication du beurre et du fromage ne seront demandées qu'à des pré tuberculeux car il est démontré que les bacilles peuvent être colportés par ces aliments. La

consommation se fera exclusivement dans la colonie. D'ailleurs la provenance étant connue l'écoulement de ces produits au dehors serait impossible.

* * *

L'organisation d'une *colonie ouvrière* comporte aussi la construction d'ateliers spéciaux qui devront être bâtis avec soin de façon que les malades puissent s'y rendre même en cas de pluie. On pourra leur adjoindre des abris couverts où le matériel pourra être transporté par les jours de beau temps.

Dans la construction des ateliers on apportera la plus grande attention à faciliter la ventilation ; le nettoyage sera fait méthodiquement tous les jours. D'ailleurs des industries métallurgiques ou textiles capables de faire respirer des poussières sont à écarter complètement ainsi que les métiers exposant à une intoxication par le plomb (peinture, plomberie, typographie, étamage). D'une façon générale les produits fabriqués devront pouvoir passer à la formolisation.

On peut distinguer deux ordres d'occupations pour les malades : celles qui peuvent leur rapporter un bénéfice net et celles qui comportent seulement une participation au service intérieur de la colonie.

Parmi les premières on peut citer d'abord la vannerie qui a donné de si bons résultats à l'hôpital du Béquet à Bordeaux, puis la menuiserie, l'ébénisterie, la corderie, la cordonnerie, la sellerie, la marque-

terie, la tapisserie. On peut ajouter la lingerie et la confection des vêtements, les produits de ces industries étant possibles à désinfecter au formol. Malgré cette précaution facile à prendre, la fabrication des jouets d'enfants nous paraît à éviter.

Parmi les travaux utiles directement à la formation hospitalière, on peut concevoir d'abord la surveillance de l'appareillage électrique. Il serait ridicule de faire conduire un moteur à vapeur par des tuberculeux. Mais la surveillance et le graissage d'une dynamo en marche leur est possible et l'inhalation de l'ozone dégagé par ces machines peut leur être favorable. Ce genre de travail peut se faire fenêtres et portes grandes ouvertes. Les hommes ayant acquis une certaine instruction électrique seraient utiles pour réparer dans la colonie les sonneries et les canalisations pour la lumière.

On peut aussi faire faire par les malades les ouvrages de désinfection : La stérilisation des crachoirs, besogne rebutante, ne peut leur être imposée, mais il est facile de leur apprendre à manœuvrer une étuve à formol gazeux et à désinfecter une chambre. De même l'étuve à vapeur pourrait être conduite par eux à condition d'être installée en plein air et chauffée au gaz ; dans un hangar fût-il bien ventilé l'atmosphère serait trop chaude et exposerait le malade aux refroidissements.

D. — *Fonctionnement*

En établissant le règlement intérieur de la colonie sanitaire il importera de se rappeler sans cesse que la santé du malade passe avant tout le reste ; on n'hésitera pas à lui faire cesser tout travail si ce travail est mal toléré. Pour la même raison les heures de repos ne sauraient être sacrifiées. Neuf heures de sommeil seront établies comme nécessaires et les hommes ne pourront aller travailler qu'en dehors des cures réglementaires, soit deux heures au maximum le matin et trois heures l'après-midi. Les auscultations seront faites régulièrement et la température sera prise chaque matin et soir. L'alimentation sera réglée suivant l'effort demandé à chacun. Un nouveau-venu ne sera jamais envoyé dans une ferme ou un atelier sans avoir été mis en observation pendant quelques jours.

Indépendamment des travaux spéciaux que nous avons indiqués les malades seront employés le plus possible au service intérieur des pavillons de façon à en diminuer le personnel. Ils feront leur lit, procéderont au besoin au balayage humide de leur chambre et pourront à tour de rôle être désignés dans l'intérêt commun pour la collecte du linge sale, la distribution du linge propre, la vaisselle et l'épluchage des légumes. L'effort demandé sera toujours proportionné à leur état de santé.

Pour ce qui est du fonctionnement des annexes de

travail une nécessité est à signaler, celle de placer dans les fermes et ateliers des crachoirs collectifs contenant une solution antiseptique. En effet il est à remarquer que les malades préfèrent cracher dans un récipient commun que de tirer de leur poche un crachoir individuel. La surveillance étant difficile quand beaucoup de malades sont rassemblés on pourra par ce procédé éviter que ceux-ci ne crachent par terre.

Dans un autre ordre d'idées l'initiation des hommes aux différents métiers que nous avons envisagés ne pourra se faire que si elle est dirigée par des professionnels. La présence de chefs de culture ou de chefs d'ateliers paraît nécessaire. Il y aurait lieu de les recruter autant que possible parmi les malades, ce qui n'est pas impossible étant donné la diversité des métiers qu'on rencontre chez les pensionnaires d'un même hôpital. Ce rôle éducateur étant primordial, un malade possédant les qualités requises et ayant fait ses preuves, pourrait être maintenu indéfiniment dans l'établissement pour y remplir ce rôle d'enseignement.

V. — LE DISPENSAIRE ANTITUBERCULEUX

Pour décrire un type de dispensaire nous n'aurons pas besoin de faire œuvre d'imagination car un grand nombre de ces établissements institués, nous le rappelons, par la loi du 18 avril 1916, fonctionnent déjà. Léon Bernard signale (30) que « beaucoup de « comités départementaux ont pensé que puisque la

« méthode d'action qui leur était dévolue était celle
« du dispensaire ils auraient tout avantage à ne pas
« se contenter de la méthode, mais à créer l'établis-
« sement, et ils ont ouvert des dispensaires ou ils se
« sont servis de dispensaires préexistants. » C'est
pourquoi il existe des dispensaires dans de nombreux
départements en particulier à Marseille, Lyon, Cler-
mont, Beauvais, le Havre, Rouen, Toulouse, Morlaix,
Vienne, Grenoble, etc. Par contre Nice, Bordeaux,
Tours et Chambéry qui possèdent des dispensaires
ne les ont pas utilisées jusqu'ici. Nous avons vu qu'il
existe de nombreux dispensaires dans la Loire. Nous
prendrons comme type de description celui de
Saint-Etienne dont une analyse détaillée a été faite
par Pierre Robert (19).

A. — *Disposition et Installation*

La pièce centrale est la salle d'attente du public.
Une entrée sur rue y conduit placée entre le bureau
de l'infirmière-chef de poste et celui de l'enquêteur
ouvrier. Sur la salle d'attente donnent directement
deux pièces : le laboratoire et le cabinet du médecin-
directeur. Des déshabillloirs communiquent à la fois
avec la salle d'attente et avec le cabinet médical.

En arrière de ces pièces essentielles se trouvent les
locaux de désinfection auxquels aboutissent deux
passages distincts : un passage *septique* où le malade
apporte dans un sac à linge numéroté son linge con-
taminé et un passage dit *aseptique* où il vient le
réclamer la semaine suivante.

Enfin dans la partie la plus reculée du bâtiment se trouve une salle de conférences où se tiennent les réunions du comité départemental d'assistance et dans laquelle se fait l'éducation des enquêteurs et moniteurs d'hygiène.

Cette disposition architecturale est bien comprise mais il va de soi que le groupement des pièces essentielles peut être modifié.

Le matériel du dispensaire doit être simple mais suffisant. Pour le cabinet médical il faudra une ou deux chaises hautes pour l'auscultation, une bascule pour peser les malades et quelques accessoires pour petites interventions.

La désinfection comprendra une étuve à formol, des sacs à linge nombreux (deux par malade) et enfin des cuves à immersion et des lessiveuses pour le buandage.

Le laboratoire aura une importance proportionnée à celle de la circonscription à desservir. Un laboratoire correspondant à la subdivision régionale que nous avons définie sous le nom de secteur et destinée à tout l'hôpital sanitaire auquel est annexé le dispensaire, devra posséder des étuves, des cultures et au besoin quelques animaux pour les épreuves d'inoculation. Au contraire le laboratoire d'un dispensaire de district pourra se contenter de quelques réactifs et des objets nécessaires pour une analyse rapide des crachats et des urines.

Il faudra installer aussi une salle de radioscopie

pour examiner la transparence des poumons suspects et permettre des diagnostics précis.

Le dispensaire comprendra un matériel de réserve constitué par des crachoirs de table et de poche ainsi que des thermomètres en nombre suffisant pour être distribués au fur et à mesure des besoins. Quelques médicaments et désinfectants seront nécessaires non seulement pour servir directement au dispensaire mais pour être donnés comme complément à la consultation gratuite.

Enfin il faut faire la part des imprimés indispensables (brochures contenant des conseils aux malades, dossiers pour enquêtes sociales et médicales, fiches d'interrogatoire).

B. — Fonctionnement

Le personnel du dispensaire de Saint-Etienne comprend , un médecin-directeur spécialiste et un enquêteur principal, agent du service d'hygiène chargé des enquêtes sociales sur la salubrité des logements.

Cet agent assure ainsi l'accord et la collaboration avec le service départemental d'hygiène. Le reste du personnel est constitué par une secrétaire chargée de la permanence du bureau et des écritures et aussi par des employés préposés aux opérations et manutentions de lavage et désinfection.

On voit qu'un dispensaire peut fonctionner avec un personnel assez réduit.

Avec Robert nous estimons qu'il serait utile que le médecin-directeur fût en même temps un agent de prophylaxie et qu'il pût être rattaché comme inspecteur-adjoint au service départemental d'hygiène et de protection de la santé publique. Si les médecins de tous les dispensaires annexés aux hôpitaux et colonies sanitaires avaient cette qualité, ils pourraient être précisément les inspecteurs sanitaires du département munis de pouvoirs étendus avec droit d'expropriation et dont nous avons souhaité la création. Dans ces conditions leurs collaborateurs directs : enquêteurs, visiteurs, désinfecteurs pourraient figurer dans le même cadre du service départemental.

* * *

Le fonctionnement du dispensaire basé sur ces principes et annexé aux hôpitaux et colonies sanitaires serait facile à concevoir. Il comprendrait d'abord un service de consultation.

La consultation serait ouverte à tous les indigents. Les nouveaux malades seraient examinés et triés, Tout homme atteint de lésions avancées et expectorant des bacilles serait envoyé et gardé à l'hôpital sanitaire. Tous les malades apyrétiques à lésions fermées, crachant peu ou n'étant pas bacillifères seraient radioscopés et envoyés à la colonie sanitaire.

Les anciens malades sortis des formations hospitalières ci-dessus viendraient se faire surveiller une

fois par mois et seraient admis de nouveau en cas de nouvelle poussée du côté des poumons.

Enfin il serait obligatoire que la famille de tout sujet en cours de traitement vint se faire examiner au dispensaire.

De même le logement de tout homme reconnu tuberculeux sera inspecté et désinfecté. Les enfants, s'ils sont indemnes, seront confiés à l'œuvre de préservation contre la tuberculose et orientés vers la vie rurale. Dans le cas contraire, on les hospitalisera dans des formations spéciales pour eux.

La consultation du dispensaire sera complétée par un service d'inspection sanitaire et administrative.

Au cas où les hôpitaux et colonies ne compteraient pas de places libres, le malade serait considéré comme traité à domicile et soigné par des infirmières visiteuses. Mais cette méthode, dont nous avons vu les inconvénients, ne serait qu'un pis-aller.

Un tuberculeux admis dans un sanatorium serait immédiatement l'objet d'une enquête sociale et médicale faite à son domicile par un enquêteur muni d'un questionnaire approprié. Selon les résultats de l'enquête, la famille serait ou non l'objet de mesures d'assistance ou de prophylaxie à savoir : hospitalisation dans un hôpital pour femmes et enfants ou plus simplement assistance médicale gratuite (médicaments ; dons de vêtements et de linge ; secours de loyer ; désinfection de logement et de vêtements ; placement concerté avec l'office départemental).

Enfin le service de contrôle sanitaire au moyen de

ses inspecteurs spéciaux fera des recherches méthodiques dans toute la circonscription pour découvrir les locaux insalubres et les tuberculeux ignorés ; les inspecteurs en profiteront pour compléter leur action par une lutte antialcoolique énergique. Le dépistage des tuberculeux ignorés pourra se faire non seulement par les enquêteurs et les infirmières-visiteuses mais aussi, comme cela se passe dans la Loire, en exigeant des maires la liste des réformés résidant dans leur commune et en établissant une fiche spéciale pour tous les jeunes gens ajournés ou exemptés par les conseils de révision pour cause de tuberculose.

Pour résumer et fixer les idées nous citerons le médecin-major Wapler (31) qui a très bien condensé les attributions du dispensaire dans l'énumération suivante :

« 1° Rechercher et attirer ceux qui sont atteints de
« tuberculose ; protéger ceux qu'ils pourraient con-
« taminer ;

« 2° Assainir les logements contaminés et assurer
« la désinfection pendant la maladie après déménagement ou décès ;

« 3° Donner aux tuberculeux indigents des enseignements d'hygiène et des consultations médicales ; leur procurer médicaments, crachoirs, thermomètres, etc. ;

« 4° Lessiver le linge des malades pour éviter la
« contagion dans la famille ;

« 5° Venir en aide dans la mesure du possible,
« moralement et matériellement, aux malades et à

« leur famille par des distributions, des bons de
« nourriture et de vêtements, etc. ;

« 6° Faciliter le placement des malades curables
« au sanatorium ; les suivre et les surveiller à leur
« sortie ;

« 7° Surveiller les enfants de parents atteints et les
« protéger. »

* * *

Nous terminerons notre travail en disant que tous les rouages que nous avons décrits (hôpitaux, colonies et dispensaires) devront, pour atteindre leur but et conserver leur unité d'action, être coordonnés par un organe central unique pour le département et dont le rôle a été défini comme suit par Léon Bernard (32) : « C'est lui qui rassemble tous les éléments de cette œuvre d'assistance et d'hygiène et « qui commande les interventions propres à en assurer les effets. A l'office aboutissent les signalements « qui conduisent les malades aux dispensaires après « qu'il les a informés et pour ainsi dire appelés ; les « comptes rendus réguliers de l'action des dispensaires parviennent également à l'office. De celui-ci « enfin, partent les ordres qui sanctionnent les propositions formulées par les dispensaires comme « suite aux enquêtes médicales et sociales : hospitalisation ; désinfection ou assainissement de logements ; secours de loyers ; prêts de lits ; dons de linge et de vêtements ; inscription à l'office de placement ou aux diverses institutions d'assistance

« publique ou privée, ou de préservation de l'en-
« fance. »

Ces considérations montrent bien que c'est dans
une action *départementale* ou *régionale* qu'il faut
chercher la réalisation pratique de l'organisation
de la lutte antituberculeuse en France qui ne pourra
être efficace que si elle est *générale*.

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS

I. — Depuis le début de la guerre la tuberculose pulmonaire a pris une grande extension dans l'armée sous l'influence des fatigues endurées par les soldats et de la contagion facilitée par la vie en commun à la tranchée et dans les dépôts.

Les militaires tuberculeux réformés contaminent leur famille en rentrant au foyer et sèment la maladie dans les campagnes. Associée à la parvinalité qui s'accroît d'année en année et à l'alcoolisme qui prépare le terrain au bacille, la tuberculose constitue un terrible danger pour la race.

II. — L'exclusion immédiate de tous les tuberculeux, même légèrement atteints, est une condition nécessaire pour enrayer la propagation du fléau dans l'armée et indispensable pour que les hommes réformés soient améliorables et deviennent par la suite utilisables dans une certaine mesure au point de vue social. Après la fin des hostilités, l'efficacité de cette mesure devra être renforcée par des modifications portant sur l'hygiène des casernes ainsi que sur l'entraînement et l'éducation des jeunes soldats, de façon à obtenir chez eux une résistance orga-

nique appuyée sur une culture physique rationnelle.

III. — Pour sauvegarder la population française l'hospitalisation de tous les tuberculeux pendant de longs mois dans des sanatoriums appropriés, donnera seule des garanties. Les malades ne seront remis en circulation que si leur état ne les rend plus contagieux et si une amélioration organique réelle offre des espérances pour leur avenir. Pendant toute la durée du traitement, on leur donnera les moyens de fournir un travail hygiénique adapté à leurs forces et à leurs goûts, qui permettra d'indemniser partiellement l'Etat et d'aider à vivre les familles privées de leur chef. Celles-ci seront surveillées et des formations spéciales seront ouvertes aux femmes et aux enfants ; pour ces derniers des mesures particulières de préservation seront prises en vue de leur orientation vers la vie rurale.

IV. — L'organisation antituberculeuse ainsi comprise n'aura de portée que si elle s'étend à tout notre territoire, c'est dire qu'elle devra être départementale ou tout au moins régionale. Dans chaque département des hôpitaux et des colonies sanitaires seront créés pour isoler de la société les hommes touchés par le mal. Ces formations seront complétées par des dispensaires de préservation qui leur seront annexés et qui correspondront à une circonscription régionale déterminée.

Les établissements créés devront disposer de tout le matériel indispensable mais ne comporteront aucun confort inutile. Une liaison permanente sera

assurée entre eux et un office social siégeant au chef-lieu de manière à assurer une unité d'action et une coordination dans l'effort.

V. — Chacune de ces organisations de lutte antituberculeuse sera pourvue d'un rôle bien défini.

L'hôpital sanitaire, construit par pavillons séparés, servira à la fois d'hospice pour les incurables et de sanatorium pour les malades guérissables mais incapables de se rendre utiles.

La colonie sanitaire, sanatorium muni d'annexes industrielles, s'adressera aux hommes capables de fournir un certain travail et par conséquent d'apprendre, en se soignant, un métier approprié à leur état.

Le dispensaire surveillera médicalement les familles, donnera des secours, fera des enquêtes sociales et contrôlera la salubrité des habitations du district.

VI. — L'efficacité de l'œuvre entreprise sera renforcée par une lutte antialcoolique énergique et par une propagande de presse destinée à émouvoir le public et à solliciter sa générosité en lui montrant d'une part la gravité de la menace pour l'avenir, et de l'autre les immenses progrès accomplis.

VII. — Toute cette organisation ne peut se réaliser qu'en fondant plusieurs centaines de sanatoriums et de dispensaires pour répondre aux besoins actuels et aux nécessités qui seront imposées après la guerre par le retour d'innombrables prisonniers tuberculeux. Elle représente des capitaux considérables.

rables et des efforts prolongés, mais ces sacrifices sont justifiés et même rendus obligatoires :

1° Par les résultats obtenus (prospérité des formations antituberculeuses existantes, améliorations constatées chez les militaires en traitement.)

2° Par l'exemple des autres peuples qui se sont résolument et méthodiquement engagés dans cette voie (Belgique, Italie, Russie, Allemagne, Amérique du Nord).

3° Enfin et surtout par l'immense péril que la tuberculose crée pour la race française déjà si appauvrie par la guerre.

Vu : pour le Doyen
l'Assesseur
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
LETULLE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. BARTH. — Thérapeutique de la Tuberculose. Paris, 1896
Doin, éditeur.
2. ARDELETTI. — Lectures sur la Tuberculose. Paris, 1907.
Maloine, éditeur.
3. DUMAREST et VIGNÉ. — Tuberculose et Guerre (Paris-
Médical, janvier 1916).
4. MOUSSOUS. — Du rôle que pourrait jouer le service
militaire dans la lutte antituberculeuse (Gazette des
Sciences médicales de Bordeaux, 4 et 18 juin 1916).
5. STRAUSS (Paul). — Sur l'institution des dispensaires
d'hygiène sociale et de préservation antitubercu-
leuse (Revue d'hygiène et de police sanitaire, 20 sep-
tembre 1915).
6. PEGURIER. — Traitement rationnel de la tuberculose
pulmonaire et de ses modalités cliniques. Paris,
1910. Maloine, éditeur.
7. MARTINET. — Thérapeutique usuelle des maladies de
l'appareil respiratoire. Paris, 1910. Masson et C^{ie},
éditeurs.
8. HAMANT et COLBERT. — Du travail musculaire systéma-
tisé comme traitement de la tuberculose pulmonaire
(Journal de Médecine de Bordeaux, juin 1916).
9. MEUNIER (Valéry). — Note critique sommaire sur le
traitement de la tuberculose pulmonaire (Congrès
international de Médecine. Madrid, 1903).
10. CAZAUX (Marcellin). — Des Sanatoriums ouverts et
fermés (Congrès international d'hydrologie et de
climatologie de Grenoble, septembre 1902).

11. LERICHE (Léon). — La Lutte contre la tuberculose. Mesures thérapeutiques et mesures prophylactiques (Gazette des eaux, 1902).
12. INSPECTION GÉNÉRALE DES SERVICES ADMINISTRATIFS DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Note sur les constructions hospitalières (Extrait du journal officiel, 8 juillet 1903).
13. HAMANT. — A propos des militaires tuberculeux (Journal des praticiens, 13 mai 1916).
14. LETULLE (Prof. Maurice). — Le rôle de la cohabitation dans la transmission de la tuberculose humaine d'après les expériences de M. Chaussé (Revue d'hygiène et de police sanitaire, 20 août-septembre-octobre 1914).
15. KUSS. — Le sanatorium aseptique (Cours d'infirmières).
16. LAMY (ETIENNE). — Pour la race (Annales politiques et littéraires, 22 octobre, 5 et 19 novembre 1916; 7 et 21 janvier 1917).
17. HAMANT et COLBERT. — Quelques réflexions sur la tuberculose pulmonaire dans l'armée pendant la Guerre (Concours médical, mars-avril 1916).
18. LANDOUZY (Prof.). — La Guerre et la réforme du soldat tuberculeux (Revue d'hygiène et de police sanitaire, 20 mars 1915).
19. ROBERT (Pierre). — L'Organisation de l'effort antituberculeux dans le département de la Loire. Thèse de Lyon, 1917.
20. LETULLE (Pr Maurice). — Combattons le Mal de Misère. L'assistance aux militaires réformés pour tuberculose (Lectures pour tous, 15 janvier 1917).
21. RENON. — La Défense sociale contre la tuberculose (Paris médical, janvier, 1916).
22. KUSS. — Les stations sanitaires du Ministère de l'Intérieur (Bulletin médical, 24 juin, 12 août et 26 août 1916).
23. LANDOUZY (Prof.). — La Guerre et la Tuberculose (Paris médical, janvier 1916).

24. HOPITAUX SANITAIRES RÉGIONAUX ET STATIONS SANITAIRES (Circulaire du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé n° 14 Ci /7 du 31 janvier 1916).
25. HOSPITALISATION DES MILITAIRES TUBERCULEUX (Circulaire du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, n° 212 Ci /7 du 25 août 1916).
26. EXTRAIT DU RAPPORT DU SERVICE DE SANTÉ n° 29, du 11 mai 1917. Paragraphe concernant les tuberculeux (BBII-2CM).
27. LEURET. — A propos des militaires tuberculeux (Journal de médecine de Bordeaux, juillet 1917).
28. GALTIER-BOISSIÈRE. — Larousse médical illustré (Article : « tuberculose »).
29. LETULLE (Prof, Maurice). — Rapport sur l'action du Comité central d'assistance aux militaires tuberculeux (Bulletin trimestriel, n° 4 de ce comité, avril-juin, 1917).
30. BERNARD (Léon). — Rapport sur l'action des comités d'assistance aux militaires tuberculeux (Même publication).
32. WAPLER. — Création de dispensaires antituberculeux dans le département du Lot (Même publication).
32. BERNARD (Léon). — Un modèle d'organisation antituberculeuse (département de la Loire) (Presse médicale, 18 juin 1917).
33. LANDOUZY. — Remarques sur l'application et la portée de la loi du 14 juillet 1905 (Presse médicale, 1905, p. 561).
34. — Lettre au Dr P. (Presse médicale, 19 novembre 1912).

Imp, de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 3537-17.
